

"Se meg, hjelp meg".

*Regulering og temperament hos spedbarn
av mødre med rusproblemer eller psykiske
vansker.*

Oddny Silje Gangås



Hovedoppgave ved Psykologisk Institutt

UNIVERSITETET I OSLO

Våren 2010

© Oddny Silje Gangås

År: 2010

Tittel: ”Se meg, hjelp meg” – Regulering og temperament hos spedbarn av mødre med rusproblemer eller psykiske vansker.

Forfatter: Oddny Silje Gangås

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

Sammendrag

Forfatter: Oddny Silje Gangås

Tittel: "Se meg, hjelp meg" – Regulering og temperament hos spedbarn av mødre med rusproblemer eller psykiske vansker.

Veileder: Torill Sundet Siqveland

Bakgrunn

Det har de senere årene blitt mer oppmerksomhet rundt spedbarns psykiske helse. Barn av mødre med rusproblemer og barn av mødre med psykiske vansker, er viktige grupper å forske på for å finne ut hvilke mulige konsekvenser ruseksponering og depresjon i svangerskapet kan ha for barnets fungering etter fødsel. Dette er viktig kunnskap for å kunne sette i gang passende intervensjoner for å hjelpe omsorgspersoner og barn på best mulig måte, og for å kunne gi barna en passende utviklingsstøtte. Oppgaven er basert på data hentet fra prosjektet med den overordnede tittelen "*Barn av psykisk syke og rusmiddelavhengige foreldre. Reguleringsforstyrrelser og samspillsvansker i de første leveår, og nevrokognitiv utvikling ved 4,5 år*" under ledelse av dr. psychol. Vibeke Moe. Oppgaven tar utgangspunkt i denne longitudinelle studien, men fokuset her er spedbarns temperament og evne til regulering, relatert til mødrenes psykiske helse, rusbruk og optimalitet i svangerskapet, samt deres opplevelse av foreldrestress i det første leveåret.

Metode

Tre grupper mødre og barn har blitt undersøkt i forhold til rusbruk og psykiske vansker i svangerskapet. Alle mødrene ble intervjuet i tredje trimester om rusbruk, nettverk, tidligere relasjonserfaringer og sosiodemografiske forhold. Tre måneder etter fødsel ble grad av barseldepresjon kartlagt. Videre ble barnas evne til regulering målt ved 9 måneders alder. Da barna var 1 år ble deres temperament samt mødrenes opplevelse av stress i foreldrerollen målt. Den første gruppen i utvalget består av mødre med rusproblemer og deres spedbarn. Denne gruppen ble rekruttert fra rusbehandlingsinstitusjoner i løpet av graviditeten. Den andre gruppen mødre var henvist til poliklinisk behandling for psykiske vansker i graviditeten. Disse to gruppene regnes som risikogrupper. Den tredje gruppen,

kontrollgruppen, ble rekruttert fra helsestasjoner i Oslo og hadde i utgangspunktet verken rusproblemer eller psykiske vansker i graviditeten.

Resultater

Mødre i risikogruppene har lavere grad av optimalitet enn kontrollgruppen. Det viste seg at det ble rapportert flest symptomer på reguleringsvansker i gruppen spedbarn av mødre med psykiske vansker, og at disse mødrene også rapporterte høyest grad av opplevd stress i foreldrerollen. Mødrene i rusgruppen rapporterte at de opplevde barnet som mest utfordrende på temperamentsdimensjonen ”Trøstbarhet”, men det er ellers ingen forskjeller i rapportert temperament mellom de tre gruppene. Overraskende hadde verken barnets fødselsstatus eller mors rusbruk i svangerskapet sammenheng med barnets evne til regulering ved 9 måneder, eller med barnets temperament ved 12 måneder. Det viser seg at både angst/depresjon i svangerskapet, barseldepresjon, samt barnets temperament er relatert til reguleringsvansker hos barnet ved 9 måneders alder. Det viser seg også at både mødrenes grad av optimalitet, angst/depresjon i svangerskapet, barseldepresjon, samt barnas evne til regulering og deres temperament, er relatert til mødrenes opplevelse av foreldrestress når barna er 1 år. Angst/depresjon i svangerskapet, barnets evne til selvregulering, i tillegg til deres grad av emosjonalitet og trøstbarhet, predikerte mødrenes opplevelse av kompetanse. Barseldepresjon og barnets evne til selvregulering predikerte den totale mengden stress mor opplevde i sin foreldrerolle.

Konklusjon

Det viser seg at det rapporteres om mer utfordringer med barnets evne til regulering og dets temperament, samt en større grad av opplevd foreldrestress, i risikogruppene enn i kontrollgruppen, og at dette kommer mest tydelig frem i gruppen mødre med psykiske vansker. Flere aspekter ved barnets reguleringsevne og dets temperament viser seg å ha en sammenheng med mødrenes opplevelse av stress i foreldrerollen. Både faktorer ved barnet og mødrene predikerte mødrenes følelse av kompetanse, rollerestriksjon, og totalt opplevd stress i foreldrerollen. Resultatene påpeker viktigheten av tidlig intervensjon i risikogrupper til det beste for både mor og barn.

*Eg ser at du e trøtt
men eg kan ikkje gå alle skrittå får deg
du må gå de sjøl
men eg vil gå de med deg*

*Eg ser du har det vondt
men eg kan ikkje grina alle tårene for deg
du må grina de sjøl
men eg vil grina med deg*

Utdrag fra sangen

"Eg ser"

Av Bjørn Eidsvåg

Forord

Da jeg begynte på profesjonsstudiet i psykologi var jeg fast bestemt på at jeg ville jobbe med små barn etter endt utdanning. Jeg har gjennom hele studiet vært opptatt av atferds- og emosjonsregulering både hos barn og voksne. Da jeg skulle starte med hovedoppgaven, fikk jeg god hjelp av min veileder i hovedpraksis på spedbarnsteamet ved BUPA Drammen, psykologspesialist Meike Meier, som hjalp meg til å se at dette med regulering hadde vært et gjennomgående interesseområde for meg hele studiet. Hun tipset meg om prosjektet som ble grunnlag for hovedoppgaven min, og for det skal hun ha en stor takk.

Takk til prosjektleder dr. psychol. Vibeke Moe for å gi meg tilgang til, og la meg få lov til å bruke data fra prosjektet. Hun skal også, sammen med Kari Slinning, ha takk for å gi meg tilgang til litteratur fra den kommende "Håndboken". Tusen takk til min veileder psykolog og stipendiat Torill Sundet Siqveland. Jeg kunne ikke hatt en bedre veileder enn deg i arbeidet med denne oppgaven, og jeg setter umåtelig stor pris på innsatsen du gjorde for å hjelpe meg fra begynnelse til slutt! Hva skulle jeg gjort uten deg? Takk til Pål Ulleberg for god metodehjelp, det satte meg i gang i riktig retning. Kåre S. Olafsen skal også ha en stor takk for gode teoretiske innspill, og belysning av relevante tema. Takk også til Kari Klungsøyr, assisterende avdelingsdirektør ved Nasjonalt Fødselsregister, for statistikk på depresjon og rusbruk i svangerskap. Den største takken går til mine to flotte barn, Tobine og Åsmund for at dere er som dere er; jeg gleder meg til å ha fri sammen med dere! Takk til besteforeldre som har stilt opp; dette hadde ikke gått uten dere! Og til slutt, takk til min samboer Jørgen for å ha holdt ut med en fattig student i så mange år.

Det å få tilgang til, å få lov til å bruke data fra dette prosjektet setter jeg stor pris på. Det har betydd at jeg har fått mulighet til å skrive hovedoppgaven min på et tema jeg virkelig synes er interessant, og som jeg får lyst til å lese og lære enda mer om jo mer jeg leser. For meg har det vært veldig viktig å få skrive om noe jeg virkelig synes er spennende, og som kan ha nytte for andre enn meg. Det har vært gøy og lærerikt å skrive hovedoppgave!

Tranby, april – 2010

Oddny Silje Gangås

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
2	Temperament.....	5
2.1	Individuelle forskjeller i temperament	5
2.2	Effekter av miljø på temperament	6
3	Regulering	9
3.1	Hva er regulering?	9
3.2	Reguleringsvansker	11
4	Temperament vs. regulering?.....	15
5	Prenatal ruseksponering	18
6	Depresjon hos mødre.....	22
7	Intuitiv omsorgskompetanse	25
8	Presentasjon av studien hovedoppgaven er basert på.....	28
8.1	Metoder.....	30
8.1.1	Spørreskjema og intervju i graviditeten	30
8.1.2	Spørreskjema 3 måneder postpartum	32
8.1.3	Spørreskjema da barna var 9 måneder	33
8.1.4	Spørreskjema da barna var 1 år	34
9	Analyser og resultater.....	36
9.1	Problemstilling 1.....	36
9.2	Problemstilling 2.....	40
9.3	Problemstilling 3.....	41
10	Diskusjon.....	45
10.1	Begrensninger	54
11	Avslutning	56
	Litteraturliste	57
	Vedlegg	72
	Figur 1. Kommunikasjonssentrert systemisk modell (Papoušek, 2008).	26
	Tabell 1. Demografiske data på mødre.....	37
	Tabell 2. Tilstedeværelse av angst og depresjon hos mødre	37
	Tabell 3. Risikofaktorer/grad av optimalitet hos mødre.....	38
	Tabell 4. Fødselsstatus	39

Tabell 5. Kompetanse og regulering	42
Tabell 6. Rollerestriksjon og regulering.....	42
Tabell 7. Sum foreldre og regulering	43

1 Innledning

Menneskebarn kommer til verden nakne og hjelpeløse. De er helt og holdent avhengig av at voksne personer tar seg av dem, gir dem mat, varme og ikke minst omsorg. Uten at disse behovene blir ivaretatt vil ikke barna overleve. Mennesker kommer også til verden med en særegen personlighet, med individuelle forskjeller som påvirker vår utvikling. Vi har temperament, og vi har ulik evne til å regulere/roe oss selv når vi opplever ubehag. Voksne som skal ha omsorgen for spedbarn, må hjelpe disse med å regulere sine affektive tilstander. De må se og lese barna, og forsøke å forstå hva barna ønsker å formidle med sin gråt. Gråt er den måten spedbarna kommuniserer at de ønsker noe annet enn det de får der og da. Det er slik de signaliserer om de er trøtte, sultne, har våt bleie eller har vondt. Omsorgspersoner må hjelpe barna til å oppnå en tilfredsstillende tilstand, for eksempel gi barnet mat når det er sultent, eller lek og samspill når barnet kjeder seg og vil ha kontakt. Barna trenger hjelp til å regulere, organisere og forstå seg selv. Omsorgsgivere må også møte spedbarnas temperament, og måten dette gjøres på vil kunne innvirke på hvordan temperamentet kommer til uttrykk senere i livet. Det antas å være en klar sammenheng mellom evnen til å regulere sine affektive tilstander og temperament (Smith og Ulvund, 1999), og det er mulig å stille seg spørsmålet om temperament og regulering er separate aspekter ved et menneskes personlighet, eller om begrepene viser til aspekter som er gjensidig avhengig av hverandre. Den måten omsorgspersonene møter barnas temperament på, og hvordan de støtter barnets reguleringsevne, vil ha betydning for den videre utvikling av barnets selvregulering. Hvordan barna blir sett og møtt vil dermed igjen påvirke deres mentale helse.

Forskning på spedbarns mentale helse har skutt fart de siste årene. Denne forskningen vektlegger at spedbarnets helse og trivsel legger grunnlaget for senere mental helse, og for suksess i sosiale og profesjonelle livsmål (Sameroff, 2000). Noen spedbarn viser varige problemer med søvn, evne til å trøste seg selv, spising og affektregulering (sutring og irritabilitet) (DeGangi, 2000). Etter hvert som disse spedbarna vokser til og blir småbarn, vil disse vanskene uttrykke seg på andre måter, og problemer med oppmerksomhet, sanseprosessering, manglende toleranse for endringer, en hyperaktivert tilstand for arousal (jeg velger videre i oppgaven å oversette dette begrepet med aktivering), og separasjonsangst kan oppstå (ibid.). Noen barn fødes med en sårbarhet for å utvikle reguleringsvansker fordi de har vært utsatt for prenatal ruseksponering eller fordi mødrene har hatt psykiske vansker i graviditeten (Hansen og Jacobsen, 2008). For disse barna er det ofte ikke bare en medfødt

sårbarhet som representerer risiko for skjevutvikling, men det er også ofte flere risikofaktorer knyttet til omsorgsmiljøet til stede. Risikofaktorer er forhold som kjennetegner individer og miljøer, og som kan føre til økt sannsynlighet for senere skjevutvikling eller forstyrrelser hos barn (ibid.). Wurmser og Papoušek (2008) hevder at det er viktig å skille risikofaktorer og sårbarhetsfaktorer, avhengig av om de peker på karakteristikker ved barnet i seg selv, eller til barnets miljø. Det viser seg at barn som vokser opp i familier som har et stort antall negative påvirkninger, vil slite mer enn barn som vokser opp i familier med få risikofaktorer i omgivelsene (Sameroff og Fiese, 2000), og at mål på kumulative miljømessige risikofaktorer er en bedre prediktor på barns fungering enn individuelle mål på slik risiko (Hans og Jeremy, 2001). Prechtl (1980) hevder at biomedisinske komplikasjoner relatert til barnets tilstand ikke fungerer som risiko dersom de opptrer alene, men at det ofte må være flere lite optimale forhold til stede samtidig for at dette skal representere en risiko. Istedenfor å fokusere på risikofaktorer, kan man imidlertid være opptatt av hvilke ressurser i miljøet som kan bidra til å fremme god utvikling; det vil si grad av optimalitet som er til stede i et barns liv. Dette er i overensstemmelse med Prechtl (ibid.) som peker på at man bør vektlegge hva som er optimalt eller ikke-optimalt fremfor å vektlegge normalitet, abnormalitet og patologi. Fordelen med hans optimalitetsbegrep er at man kan telle hvor mange optimalitetsfaktorer som er tilstede i en persons liv, og ut i fra dette si noe om grad av optimalitet. For barn som er født av rusmisbrukende eller deprimerte mødre, er det ofte til stede både sårbarhetsfaktorer i barnet, og risikofaktorer, eller sagt med andre ord, liten grad av optimalitet, i omgivelsene.

I Norge ble det i perioden fra 1999 – 2008 født totalt 578.640 barn, og det ble rapportert om 3452 kvinner som hadde vært deprimert under svangerskapet, mens det i samme perioden ble rapportert om 522 kvinner som hadde misbrukt rusmidler, inkludert alkohol, i svangerskapet (Kari Klungsøyr, personlig kommunikasjon, 15/3 - 10). Det er ikke urimelig å anta at dette er områder med store mørketall, spesielt i forhold til bruk av rusmidler. Eksempelvis fant Weiss, Jonn-Seed og Harris-Muchell (2007) at 25 % av spedbarna de skulle inkludere i sin studie av premature barn, var utsatt for prenatal ruseksponering, hvilket er en forholdsvis høy andel.

I denne oppgaven blir det benyttet data fra et prosjekt som forsker på utvikling, samspill og regulering. Tre grupper mødre og barn har blitt undersøkt i forhold til rusbruk og psykiske vansker i svangerskapet, og depresjon tre måneder etter fødsel. Den første gruppen i utvalget var mødre med rusproblemer og deres spedbarn. Denne gruppen ble rekruttert fra rusbehandlingsinstitusjoner i løpet av graviditeten. Den andre gruppen mødre var henvist til

poliklinisk behandling for psykiske vansker i graviditeten, mens den tredje gruppen ble rekruttert fra helsestasjoner i Oslo, og hadde i utgangspunktet verken rusproblemer eller psykiske vansker i graviditeten. Å få mer kunnskap om disse gruppene med barn og mødre er viktig for å kunne sette i gang passende intervensjoner for å hjelpe omsorgspersoner og barn på best mulig måte, for å kunne gi barna en passende utviklingsstøtte.

Barn av mødre med rusproblemer og barn av mødre med psykiske vansker, er viktige grupper å forske på for å finne ut hvilke mulige konsekvenser ruseksponering og psykiske vansker i graviditet kan ha for barnets fungering etter fødsel. Det antas å være et større antall sårbarhets- og risikofaktorer, en lavere grad av optimalitet, i de to risikogruppene sammenlignet med kontrollgruppen. Dette indikerer at spedbarn av mødre med rusproblemer eller psykiske vansker vil ha dårligere evne til selvregulering sammenlignet med kontrollgruppen. Det er også interessant å se om, og eventuelt hvordan, barna i de to risikogruppene skiller seg fra hverandre på dette området. En kan anta at barna til mødre med rusproblemer vil ha høyest forekomst av rapporterte reguleringsvansker. Begrunnelsen for denne antagelsen ligger i at mødre som misbruker rusmidler også ofte har andre typer problemer i tillegg til dette (f. eks. Eiden, Foote og Schuetze, 2007; Hans og Jeremy, 2001). Perat (1993) viser til Prechtl's optimalitetsbegrep, og hevder at det er viktig å være oppmerksom på spedbarn som er i klinisk risiko og som samtidig har lav grad av optimalitet. Spedbarn av mødre med rusproblemer eller psykiske vansker kan være i klinisk risiko fordi de oftere enn andre fødes før termin, og fordi de oftere har lavere fødselsvekt, noe som kan være med på å gjøre dem sårbare. De fødes også i større grad inn i miljø med lav grad av optimalitet. Det er også nærliggende å anta at jo flere risikofaktorer som er tilstede, jo lavere optimaliteten er, jo større grad av stress vil mor oppleve i sin foreldrerolle. Videre vil det kunne tenkes at foreldre som opplever stor grad av foreldrestress vil rapportere flere reguleringsvansker og mer utfordrende temperament hos spedbarna. Følgende problemstillinger skal belyses i oppgaven:

- Problemstilling 1:
 - Hvordan skiller mødre i de tre gruppene seg fra hverandre når det gjelder optimalitet, angst og depresjon? Og hvordan skiller spedbarna i de tre gruppene seg fra hverandre når det gjelder fødselsstatus, reguleringsevne og temperament?

- Problemstilling 2:
 - Hvilke av de følgende faktorer henger sammen med barnas evne til regulering ved 9 måneder? Mors rapporterte angst/depresjon i svangerskapet, rapportert grad av optimalitet i svangerskapet, barseldepresjon 3 måneder etter fødsel, barnets status ved fødsel, eller barnets temperament?
- Problemstilling 3:
 - Vil mors opplevelse av foreldrestress ved 12 måneder være relatert til grad av optimalitet, angst/depresjon i svangerskapet, barseldepresjon, barnets fødselsstatus, samt barnets evne til regulering og dets temperament, og kan noen av disse variablene predikere grad av foreldrestress?

For å belyse de nevnte problemstillingene vil jeg gå gjennom litteratur på temperament, regulering, reguleringsvansker, ruseksponering, depresjon hos mødre og intuitiv omsorgskompetanse, før jeg tar for meg det relevante prosjektet med gjennomføring, metoder, analyser, resultater og diskusjon.

2 Temperament

2.1 Individuelle forskjeller i temperament

Allerede i de første leveukene viser barn store individuelle forskjeller i hvordan de reagerer på omgivelsene. Noen er redde, har kort oppmerksomhetsspenn, og gråter selv når leken er moderat, mens andre liker litt voldsom lek, blir ikke så lett distraheret, og oppsøker spennende hendelser. Disse reaksjonene, sammen med mekanismene som regulerer dem, utgjør et barns temperament (Rothbart og Bates, 2006; Rothbart, 2007). Temperament inkluderer individuelle forskjeller i emosjonell prosessering og evaluering av hendelser, slik at én bestemt stimulus gir ulike emosjonelle opplevelser for barn med ulikt temperament (Rothbart og Gartstein, 2008). Rothbart og Derryberry (1981) definerer temperament som individuelle forskjeller i emosjonell, motorisk og oppmerksomhetsmessig reaktivitet, som måles av latens, intensitet, og evnen til å hente seg inn igjen fra en respons, samt de selvregulerende prosessene som modulerer denne reaktiviteten. Denne teorien påpeker dermed at de grunnleggende prosessene i temperament er reaktivitet og selvregulering. Reaktivitet viser til responser på endring i de eksterne og de interne omgivelsene (Olafsen, 2008), mens latens sier noe om hvor mye stimulering som skal til før en respons oppstår, samt intensitet og varighet av responser på stimulering (Rothbart og Gartstein, 2008). Det er ikke urimelig å anta at den måten reaktivitet og selvregulering fungerer sammen, vil utgjøre et mønster i hvordan et spedbarn reagerer og responderer på stimuli.

Thomas og Chess (1977) antok at temperament er en stabil reaksjonstilbøyelighet som kan identifiseres allerede i nyfødtp perioden. De identifiserte ni temperamentsdimensjoner hos barn: aktivitet, tilnærming/tilbaketrekking, terskel, humør, intensitet, rytmesitet, tilpasningsevne, distraherbarhet og oppmerksomhetsspenn/varighet. Videre beskrev de tre typer temperament man kunne kategorisere barn inn i. Dette var ”lett temperament” som innebar at barnet hadde regelmessige sykluser for søvn og spising, en positiv tilnærming til nye situasjoner, og at barnet klarte å håndtere frustrasjoner. ”Vanskelig temperament” beskrev de som at barnet hadde lav rytmesitet, tendenser til å trekke seg unna, treg tilvenning, høy frekvens av dårlig humør, og intense reaksjoner. De beskrev også en gruppe barn de kalte ”slow-to-warm-up” som viste negative responser når de ble utsatt for nye situasjoner, men som sakte men sikkert aksepterte disse situasjonene når de møtte dem flere ganger. Thomas og Chess hevdet at ulikheter i temperament er varianter av normal atferd, og at dette i seg selv ikke vil indikere patologi.

Ulike forskere som har sammenlignet barn som er født prematurt og barn som er født til termin, har funnet ulikheter i temperament. Det blir hevdet at disse resultatene indikerer at gestasjonsalder, lavere fødselsvekt og perinatale komplikasjoner kan medføre at spedbarn blir mindre tilpassningsdyktige, responsive, aktive og forutsigbare, og mer distraherbare (Weiss et al., 2007). Barn som fødes av rusmisbrukende eller deprimerede mødre, fødes oftere før termin enn andre barn, og har i tillegg ofte lavere fødselsvekt. Sett i sammenheng med resultatene fra Weiss et al. vil man kunne anta at barna som fødes av mødre med slike problemer vil kunne utvise vansker på de ovennevnte områdene. Austin, Hadzi-Pavlovic, Leader, Saint og Parker (2005) hevder at temperament er fundert i spedbarnets nevrofysiologi, og at det formes både av genetiske og av miljømessige faktorer. Denne antagelsen indikerer at et ufødt barn kan bli påvirket av ulike forhold i fosterlivet, som for eksempel mors rusbruk eller depresjon. Videre kan barnets temperamentsuttrykk bli påvirket av omgivelsene etter fødsel. Mayes, Bornstein, Chawarska og Granger (1995) fant at spedbarn som har blitt eksponert for kokain i svangerskapet, skiller seg temperamentsmessig fra spedbarn som ikke har blitt eksponert for kokain ved at de er mer sutrete og mer irritable. Disse forholdene vil kunne ha innvirkning på fosterets nevrofysiologiske utvikling, og dermed på barnets temperament.

De ulike teoriene er enige om at temperament i stor grad er et stabilt nedarvet, biologisk fastsatt sett av atferdsdisposisjoner som ligger under individets personlige karakteristikk (Papoušek, 2008), men at også sosiale og miljømessige faktorer kan påvirke hvordan temperamentet kommer til uttrykk.

2.2 Effekter av miljø på temperament

Temperament blir ofte brukt for å måle individuell atferd hos sped- og småbarn (Seifer og Dickstein, 2000), og medfødte forskjeller i temperament kan ha betydning for hvordan omsorgspersoner reagerer på barnas atferd (Smith og Ulvund, 1999). I følge transaksjonsmodellen vil biologiske disposisjoner endre uttrykk etter hvert som erfaringer blir gjort (Sameroff, 2009a). Utvikling av enhver prosess i individet blir i følge denne modellen påvirket av gjensidig samspill med prosesser i individets kontekst over tid (ibid.). Den dynamiske transaksjonen som er mellom mor og barn, fører til at begge blir endret av sine opplevelser med hverandre (Sameroff, 2000). Kontekstuelle faktorer, som grad av stress som er til stede i livet, vil også kunne påvirke hvordan omsorgspersoner tolker og responderer på barna (i tråd med MacKenzie og McDonough, 2009).

Forskjeller i temperament legger ulike krav på interaksjonspartnere (Tronick, 1989). Denne interaktive prosessen mellom temperament og miljø vektlegges i Thomas og Chess (1980) sin "goodness-of-fit" modell. De hevder at "goodness-of-fit" er resultatet når egenskapene ved miljøet og dets forventninger og krav er i overensstemmelse med organismens egne kapasiteter, motivasjoner og atferdsstil. Videre påpeker de at optimal utvikling i en progressiv retning er mulig når det er konsonans mellom organismen og miljøet. Dersom det er dissonans mellom organisme og miljø, vil en "poorness-of-fit" være resultatet, noe som igjen vil kunne føre til skjevutvikling og mistilpasset fungering. Barnets temperament må alltid vurderes i relasjon til det aktuelle miljøet, hvilket innebærer at det er graden av "goodness-of-fit" som er avgjørende for eventuell problemutvikling (Olafsen, under publisering). Eksempelvis kan depresjon hos mor påvirke hvordan hun oppfatter og responderer på barnet. Dersom barnet i tillegg er født med en biologisk sårbarhet, noe som igjen vil kreve et ekstra kompetent omsorgsmiljø, vil den deprimerte moren antagelig oppleve at barnet ikke "passer til" hennes forventninger, slik at en "poorness-of-fit" vil oppstå. I en slik situasjon vil det kunne etableres problemer i relasjonen mellom mor og barn, og dette antas å ha betydning for utvikling av både emosjonelle og atferdsmessige problemer hos barnet over tid.

Rowe og Plomin (1977) fremla seks temperamentsfaktorer, hvorav en var emosjonalitet. Denne faktoren er nært relatert til "vanskelig temperament" slik det beskrives av Thomas og Chess (Bates, 1987; Mathiesen og Prior, 2006). Emosjonsregulerende strategier som det å kunne roe seg selv, å søke hjelp og distraksjon, kan tidlig hjelpe barnet til å håndtere temperamentsdrevet frustrasjon og fryktresponser i situasjoner hvor kontroll over negative emosjoner kan være nødvendig (Calkins og Marcovitch, 2010; Stifter og Braungart, 1995). Negativ emosjonalitet identifiseres som en grunnleggende temperamentsdimensjon (Rothbart og Bates, 1998). En slik negativ emosjonalitet vil kunne oppleves som krevende for omsorgspersonene, og kanskje i enda større grad dersom disse har egne utfordringer som rusproblemer eller psykiske vansker. Dette kan igjen føre til lite heldige transaksjoner. Davis et al. (2007) viser til flere studier som finner en sammenheng mellom mors depresjon i svangerskapet og utvikling av et atferdsmessig hemmet eller frykttfullt temperament hos spedbarnet. De har også funnet at grad av prenatal depresjon og angst hos mor kan predikere en øket emosjonalitet og atferdsinhibisjon hos barnet, uavhengig av mors psykologiske tilstand etter fødsel (ibid.). Zuckerman, Bauchner, Parker og Cabral (1990) fant at vanskelig temperament hos spedbarn er assosiert med depresjon hos mor tre måneder etter fødsel. Et

sentralt aspekt blir dermed hvordan omsorgspersoner klarer å justere seg inn på spedbarnet for å møte deres temperamentsuttrykk på en god måte. Det er sentralt hvordan omsorgspersoner ser, og hjelper, barna.

3 Regulering

3.1 Hva er regulering?

Grunnlaget for selvregulering ligger i spedbarnets evne til å utvikle homeostase i de første levemånedene, slik som når de fatter interesse for verden mens de samtidig regulerer aktivering og responser på sansestimulering (Greenspan, 1992). Det som først starter som en prosess for å regulere temperatur, sult og aktivering, utvikler seg videre til en regulering av oppmerksomhet, atferd og sosial interaksjon (Sameroff, 2009b). Selvregulering fungerer som en megler mellom genetisk predisposisjon, tidlig erfaring, og voksen fungering (Fonagy og Target, 2002). I dette ligger det at man fødes med en disposisjon til regulering, og at denne disposisjonen vil påvirkes av hvordan barn blir møtt av omgivelsene tidlig i livet. Disse erfaringene vil ha betydning for hvordan barnet utvikler seg, og vil fungere senere i livet.

Flere forskere belyser at spedbarnets regulerende system primært er et dyadisk system mellom barn og primær omsorgsgiver, og at omsorgspersoner må hjelpe barna til å håndtere emosjonelle og atferdsmessige reaksjoner. Dette innebærer at omsorgspersoner må lese barnets signaler og selv tilpasse sin atferd til barnets behov. Denne dyadiske reguleringen legger grunnlaget for utvikling av adaptive evner og fungering resten av livet (Bates, Goodnight, Fite og Staples, 2009; Bronson, 2000; Calkins, 1994; Kopp, 1997; Lyons-Ruth og Zeanah, 1993; Maccoby, 1992; Miller, McDonough, Rosenblum og Sameroff, 2002; Papoušek og Papoušek, 1987; Rothbart og Derryberry, 1981; Speranza, Ammaniti og Tentini, 2006; Thompson, 1994). Selvregulering læres av omsorgsgiverens regulatoriske aktivitet, (Fonagy og Target, 2002; Sameroff, 2009b), noe som innebærer at spedbarnet lærer hvordan det skal regulere seg selv i ulike situasjoner ved å observere, og å bli utsatt for omsorgspersonens måte å regulere på. For at spedbarnet skal få en god reguleringsmodell, må omsorgspersonene har evne til å regulere seg selv.

Det er betydelige variasjoner i barns evne til å selvregulere (Calkins, Smith, Gill og Johnson, 1998; Papoušek, 2008), hvilket innebærer at det er individuelle forskjeller i hvor mye hjelp barn trenger for å regulere. Sameroff (2009a) hevder at det er reguleringen fra andre som gir de sosiale, emosjonelle og kognitive erfaringene som barnet må selvregulere i forhold til, og det er denne andre-reguleringen som fungerer som et sikkerhetsnett når selvreguleringen ikke strekker til. Hos spedbarn som er i risiko for å utvikle reguleringsvansker, for eksempel spedbarn som har blitt eksponert for rusmidler eller depresjon i svangerskapet, kan det være et ekstra behov for dette sikkerhetsnettet. Spørsmålet

blir om mødrene til disse barna klarer å fungere som et slikt nett for sine barn. Barn med reguleringsvansker blir ofte roet av den sikkerheten som blir gitt av struktur og konsistens, og det å ha tydelige grenser de kan organisere sin atferd innenfor (Barton og Robins, 2000). Mødre i risikogrupper kan ha vanskeligheter med å skape en slik forutsigbarhet, noe som kan føre til miljømessige vansker for barna.

Eiden et al. (2009) hevder at det regulatoriske system består av de to komponentene reaktivitet og regulering, og videre at det er enighet om at regulatoriske strategier kan grupperes inn i fire brede domener:

- 1) oppmerksomhetsstrategier som brukes for å distrahere oppmerksomheten bort fra den affektvekkende stimulus;
- 2) selvberoligende atferd;
- 3) tilnærming – tilbaketrekkingsatferd; og
- 4) intensjonell kommunikativ atferd (s. 61).

Disse fire domenene er ulike strategier spedbarn kan benytte for å selvregulere, og evnen til å benytte disse kan være delvis medfødt, og delvis lært. Barn som fra spedbarnsalder internaliserer adaptive strategier i forhold til emosjonsregulering, er mer tilbøyelige til å ha en effektiv evne til regulering når de skal bevege seg ut av forholdet med omsorgsgiveren, og inn i nye kontekster og sosiale relasjoner gjennom barndommen (Miller et al., 2002). Mødre som er emosjonelt støttende og sensitive i utfordrende situasjoner, gir spedbarna en stabiliserende påvirkning (Bornstein og Tamis-LeMonda, 1990). Mødre som gjentatte ganger ikke lykkes i å gi slik emosjonell støtte og sensitivitet, vil derimot ikke klare å gi barna en slik påvirkning. Omsorgspersoner som er emosjonelt tilgjengelige, gjør det mulig for spedbarna å oppleve både positiv og negativ affekt på en trygg og kontrollert måte, ved å oppmuntre til positiv, lekende interaksjon, eller trøst dersom det er nødvendig (Lyons-Ruth og Zeanah, 1993). Det har vist seg at depresjon hos mor fører til en forringelse i utviklingen av emosjonsregulerende strategier hos spedbarn (Blandon, Calkins, Keane og O'Brien, 2008). Det er ikke urimelig å anta at mødre med rusproblemer eller psykiske vansker som depresjon vil oppleve vanskeligheter i forhold til å være emosjonelt støttende, responsive og sensitive i utfordrende situasjoner (Beckwith, Howard, Espinosa og Tyler, 1999; Bornstein og Tamis-LeMonda, 1990; Espinosa, Beckwith, Tyler og Swanson, 2001; Hans, Bernstein og Henson, 1999; Mayes et al., 1997; Suchman, Slade, McMahon og Luthar, 2005).

DeGangi et al. (1991) hevder at barn som er godt selvregulert, har evnen til å regulere søvntilstander, til å fordøye mat effektivt, roe seg selv som respons på endrende

sensoriske stimuli, og at de har evnen til å vise kontingente (ikke tilfeldige) og passende responser på sosiale stimuli. Den evnen spedbarn har til tilstandsregulering vil kunne predikere både kognitiv utvikling og emosjonsregulering senere livet (Calkins, 2009; DeGangi, 2000; DeGangi, DiPietro, Greenspan og Porges, 1991; DeGangi, Porges, Sickel og Greenspan, 1993). Dette understreker viktigheten av å hjelpe barn som har vansker med tilstandsregulering, til å utvikle en god reguleringsevne slik at man kan forebygge slike mulige vansker senere. Spedbarn som har problemer med søvn, affektregulering, spising og så videre har fått merkelappen ”regulerings forstyrrede” (Greenspan, 1989; Greenspan, 1992). For å kunne sette en slik merkelapp, og for at denne skal gi mening, må man kunne si noe om hva en reguleringsforstyrrelse innebærer.

3.2 Reguleringsvansker

Det er viktig å være oppmerksom på reguleringsvansker og reguleringsforstyrrelser hos spedbarn fordi dette disponerer for utviklingsmessige problemer i forhold til sanseprosessering, oppmerksomhet, emosjoner og atferd i førskolealder (DeGangi, Sickel, Kaplan og Wiener, 1997). Greenspan (1992) hevder at reguleringsforstyrrelser er karakterisert av at spedbarnet har vansker med å regulere oppmerksomhet, fysiologiske, sensoriske, motoriske og affektive prosesser. I tillegg til dette hevder han at spedbarna har vansker med å organisere en rolig, aktivert eller positiv affektiv tilstand som respons på disse prosessene (ibid.). Mayes, Bornstein, Chawarska, Haynes og Granger (1996) hevder at modningen i systemet som skal regulere aktivering, kan påvirkes både av prenatale faktorer som ruseksponering, men også av perinatale og miljømessige faktorer. Av denne grunn er det viktig å være klar over hvilke prenatale faktorer som kan påvirke det ufødte barnet slik at det kan utvikle problemer med tilstandsregulering etter fødsel, og hvilke faktorer i det postnatale miljøet som kan bidra til å opprettholde eller redusere disse vanskene.

I dag brukes diagnosemanualen DC:0-3R for barn mellom 0 og 3 år (Zero to Three, 2005). I forhold til reguleringsvansker benyttes diagnosen 400. ”*Regulation disorders of sensory processing*”. Diagnosen viser til et barns vansker med å regulere emosjoner og atferd, i tillegg til motoriske evner, som respons på sensorisk stimulering, og som medfører en forringelse i utvikling og fungering (Zero to Three, 2005). Sensorisk prosessering viser til måten nervesystemet mottar, fortolker og responderer på sensoriske inntrykk (Dunn, 2004). Sensorisk stimulering inkluderer berøring, syn, lyd, smak, lukt, følelse av bevegelse i rommet, og å være klar over kroppens plassering i rommet. De atferdsmønstre som er karakteristiske

for denne forstyrrelsen, er til stede på tvers av situasjoner og sosiale forhold. Denne diagnosen er imidlertid omdiskutert. Kåre Olafsen påpeker at psykologiske begreper som terskel for stimulering eller sensitivitet ikke nevnes i denne diagnosen (personlig kommunikasjon, 16/2 – 10), noe han ser på som en svakhet. Han hevder i tillegg at det er et problem at temperamentsdimensjonen ikke er tatt inn i denne diagnosen, og begrunner dette med at normalvariasjon i temperament i seg selv kan være med å forklare forskjeller i personers evner til, og måter å regulere på. Det er ikke alltid slik at prenatale risikofaktorer ligger til grunn for reguleringsvansker, og det er viktig at man tar hensyn til temperamentsmessig variasjon i den kliniske vurderingen (Kåre Olafsen, personlig kommunikasjon, 16/2 – 10). Papoušek (2008) kaller DC:0-3R et interessant forsøk på en diagnostisk tilnærming, men selv vektlegger hun at det må dannes en nøytral kategori som verken stigmatiserer barn eller foreldre. Denne kategorien foreslår hun å kalle ”*Forstyrrelser av atferds- og emosjonsregulering*”. Hun hevder videre at det er en ny pasient som skal være fokus for terapien: ikke en enkelt person, men det dyadiske eller triadiske forholdet mellom omsorgspersoner og spedbarn (ibid.). Dette kan sees i forhold til Sameroff sin transaksjonsmodell, som antar at det ikke er barnet i seg selv som har en forstyrrelse, men at det er samspillet mellom omsorgsperson og barn, og hvordan disse gjensidig påvirker hverandre over tid, som har betydning for hvordan barnet og foreldrene responderer på hverandre, og hva slags atferd som kommer frem (for eksempel Sameroff, 2009a).

DeGangi et al. (1991) antar at det er en sammenheng mellom den type atferd som karakteriseres som reguleringsforstyrrelser, og fungeringen i det autonome nervesystemet. DiPietro, Hodgson, Costigan og Johnsen (1996) fant at mors angst og stress i svangerskapet kunne assosieres med en redusert evne til selvregulering via autonom reaktivitet hos spedbarnet. Allerede i nyfødtp perioden har spedbarn av deprimerte mødre oftere større vansker med å regulere atferdstilstander enn andre spedbarn. De er, som tidligere nevnt, mer urolige, gråter mye, har lavere aktivitetsnivå og større fysiologisk reaktivitet, noe som kan gjøre det mer krevende å gi dem adekvat omsorg (Azak, under publisering). Lester, Boukydis, Garcia-Coll, Hole og Peucker (1992) beskriver at spedbarn med kolikk kan ha en redusert parasympatisk hemming. Dette medfører at de mangler selvregulerende strategier for å roe seg, og at de dermed heller ikke klarer å ta i mot omsorgsgivers forsøk på å roe, slik at de blir vanskelig trøstbare; det er en ubalanse mellom deres aktiverende og deres roende prosesser. Slinning (2003) hevder at spedbarn fra risikogrupper er mer vanskelig å trøste enn andre. Å ha

et barn som er vanskelig trøstbart kan være en utfordring for alle foreldre, kanskje spesielt for sårbare mødre i risikogrupper.

Lester og Tronick (1994) viser at kokainmisbruk under graviditeten kan påvirke nevrologiske reguleringsmekanismer som resulterer i forstyrrelser i atferdsregulering i spedbarnsalderen. De hevder at prenatal ruseksponering synes å påvirke "The four A's of infancy": Attention, Arousal, Affect og Action i størst grad. "Attention" viser til visuelle og auditive evner knyttet til inntak og prosessering av informasjon fra miljøet. "Arousal" viser til kontroll og modulering av atferdstilstander, fra søvn til våkenhet og til gråt, samt evnen til å vise hele spekteret med tilstander fra opphisselse til hemming av innkommende stimuli. "Affect" er knyttet til utviklingen av sosiabilitet og emosjoner, den gjensidige, regulatoriske prosessen av sosial interaksjon og sosiale forhold, og "Action" innebærer utviklingen av både grov- og finmotorikk, og tilegnelsen av kunnskap som følge av motoriske mønstre. Eiden et al. (2009) hevder at det finnes evidens for at mødrenes kokainbruk i svangerskapet kan ha en negativ innvirkning på barnets reaktivitet og regulering i situasjoner som er stressende eller emosjonsvekkende. De belyser at barn som er eksponert for kokain i fosterlivet viser høyere grad av tilstandslabilitet, orienterings- og oppmerksomhetsproblemer i nyfødtpperioden enn barn som ikke er eksponert for kokain (ibid.).

Slinning (2003) påpeker at barn som har blitt eksponert for rusmidler i fosterlivet er mer aktive; at de oftere er sutrete, irritable og at de er mer disponert for voldsom gråt (excessive crying) enn ikke-eksponerte barn. DeGangi (2000) har funnet at det mest gjennomtrengende trekket hos spedbarn med reguleringsforstyrrelser er sutring (fussiness). Hun påpeker at klassifisering av barn med reguleringsforstyrrelser er basert på symptomer som oppstår i forskjellige aldre, og som er bestemt av hvilket utviklingsstadium barnet er på. Hun hevder i tillegg at det er antallet symptomer og intensiteten på disse som skiller et barn i normal utvikling fra et barn med reguleringsforstyrrelser. Spedbarn som har reguleringsvansker, mangler i følge DeGangi (2000) selvregulerende strategier, som for eksempel å sutte på hånden, legge hendene sammen, rugge, og å se eller høre på en foretrukket visuell eller auditiv stimuli (se også Eiden et al., 2009). Disse barna trenger mye hjelp av omsorgspersoner for å roe seg ned dersom de blir opphisset. Dette krever at foreldrene både har kompetanse og kapasitet til å gi denne hjelpen, noe som kanskje kan være vanskelig for mødre i risikogrupper.

Det viser seg at prenatale faktorer assosiert med stress, frykt, depresjon og uløste konflikter hos mor, representerer en dobbel risiko for spedbarnets postnatale miljø (Ziegler,

de Chuquisengo og Papoušek, 2008). Disse faktorene kan direkte påvirke spedbarnets grunnleggende disposisjon for selvregulering, samtidig som det kan overskride morens ressurser (ibid.). Den totale mengden av somatisk og psykososial risiko er signifikant relatert til både alvorlighetsgraden, varigheten av, og hvor gjennomtrengende reguleringsforstyrrelsen er (Schieche, Rupprecht og Papoušek, 2008). Jo flere akkumulerte risikofaktorer, jo mer varig og alvorlig blir for eksempel søvnforstyrrelser, og desto større er sjansen for gjennomtrengende reguleringsforstyrrelser (ibid.).

4 Temperament vs. regulering?

Etter en gjennomgang av litteratur både om temperament, regulering og reguleringsvasker, er det betimelig å stille spørsmålet om det er et tydelig skille mellom temperament og regulering, eller om de to begrepene omfatter karakteristikk som går over i hverandre. Har temperament en rolle i reguleringsforstyrrelser? Dersom vi går tilbake til Thomas og Chess' ni temperamentsdimensjoner, kan vi se at alle disse er dimensjoner som må reguleres for at de skal komme til uttrykk på adekvate og sosialt aksepterte måter. Hvordan og i hvilken grad disse dimensjonene kommer til uttrykk, vil utgjøre et barns temperament, og vil antagelig også ha betydning for i hvilken grad barna klarer å regulere. Det blir hevdet at det er en klar sammenheng mellom evne til affektregulering og temperament, og at selvreguleringsstrekk kan antas å være delvis basert i temperament (Bates et al., 2009; Olafsen, 2008; Smith og Ulvund, 1999). Temperament kan sees på som en biologisk fundert atferdsdisposisjon, mens regulering skjer på flere ulike nivåer og områder; fra mikroskopisk cellenivå til regulering av emosjoner og atferd i forhold til sosiale normer, regler og forventninger. Man må også kunne regulere sitt temperament for at dette skal komme til uttrykk på sosialt aksepterte måter. Rothbart, Ahadi og Hershey (1994) hevder at temperament refererer til biologisk baserte forskjeller i sentralnervesystemets reaktivitet, og til reaktiviteten i individets evne til selvregulering. Tar man utgangspunkt i denne beskrivelsen, kan man se på sentralnervesystemets reaktivitet som et biologisk fundament for hvor mye eller lite, sterkt eller svakt et individ reagerer på stimuli. Olafsen (2008) refererer til forskning som viser at premature spedbarn kan ha en høy terskel for hvor mye stimuli de trenger for å respondere, og at de samtidig, når denne terskelen overskrides, kan ha vansker med å tilpasse aktiveringen og prosesseringen av informasjon som denne stimuleringen gir. Dette viser at premature kan ha en temperamentsmessig tilbøyelighet til å trenge mer stimulering for å reagere, mens de samtidig har en mindre god evne til å regulere seg bort fra stimuli når det blir for mye. Dette kan også være relevant i forhold til spedbarn som er født av rusavhengige eller deprimerte mødre, fordi disse ofte fødes før termin, og fordi man antar at disse barna har med seg en biomedisinsk sårbarhet for å utvikle reguleringsvansker. Det er viktig å huske på at en slik biologisk sårbarhet kan kompenseres for med sensitiv og kompetent omsorg (Moe og Slinning, 2001; Slinning, 2003).

Dunn (2004) hevder at det å ta hensyn til hvordan spedbarn og omsorgsgiver responderer på sensoriske stimuli, er et viktig aspekt når man skal se på faktorer som kan

påvirke forholdet mellom foreldre og barn. Hvordan en person vil respondere på sensoriske inntrykk, hevder Dunn er et resultat av både genetiske og miljømessige variabler. Etter hvert som spedbarn og omsorgsperson interagerer, hevder hun at spedbarnets responser vil påvirke omsorgsgiverens emosjonelle reaksjoner. Dersom mor er bevisst på barnets reaksjoner på for eksempel lys, lyd og berøring, kan det være lettere for henne å roe barnet når det er urolig, enn når mor ikke har denne forståelsen, og kanskje tolker barnets atferd som vanskelig, eller som en avvisning av henne. En mors forståelse av barnets sensoriske profil, eller terskel for stimulering, vil kunne hjelpe henne til å hjelpe barnet med å regulere sin affektive tilstand. Hvordan barnets temperament kommer til uttrykk vil påvirkes av barnets egen evne til regulering, og omsorgspersonens reguleringshjelp. Av denne grunn er det viktig å fange opp gravide i risikozonen for å gi dem økt kompetanse om barnets behov etter fødsel, slik at de får bedre forutsetninger til å bli gode omsorgspersoner.

Calkins (2009) refererer til studier som viser at temperamentsmessige karakteristikk spiller en viktig rolle i evne til emosjonsregulering. Hun hevder at temperamentskarakteristikken negativ reaktivitet spiller en viktig rolle i hvordan emosjonsregulering kommer til uttrykk. Hun viser også at medfødte temperamentsmessige vansker som skiller spedbarn fra hverandre, direkte eller indirekte, kan påvirke de evnene til emosjonsregulerende strategier spedbarna utvikler. Spedbarn av mødre med rusproblemer eller psykiske vansker kan ha problemer med slike reguleringsstrategier, og vil ha en mindre god evne til å håndtere temperamentsdreven frustrasjon (i tråd med Calkins og Marcovitch, 2010).

Temperamentsbegrepet er viktig for å forstå den store variasjonen i små barns evne til selvregulering, og for å forstå barnets iboende sårbarhet (Olafsen, under publisering). Han hevder videre at reguleringsvansker ikke er utelukkende forankret i barnet, men tett sammenvevd med de daglige samspill med omsorgsgiver og kvaliteten på det sosiale miljø. Av den grunn hevder han at temperament må vurderes i sammenheng med barnets aktuelle kontekst. Et sentralt spørsmål Olafsen (under publisering) stiller seg, er i hvilken grad barnets temperament påvirker barnets sosiale signaler med påfølgende regulering av andres atferd; i hvilken grad andres atferd bidrar til å regulere barnets temperament; og på hvilken måte tidligere erfaringer influerer nåværende temperament. Dette er i tråd med transaksjonsmodellen og Papoušek sin kommunikasjonssentrerte systemiske modell som vil bli gjennomgått senere.

Ut i fra litteraturen som er gjennomgått, vil det være rimelig å anta at det ikke går an å se på temperament og regulering som separate fenomener, men at de er gjensidig avhengig av hverandre for å utgjøre en person og dennes personlighet. Hvordan vil eksponering for rusmidler eller en deprimert mor i svangerskapet kunne innvirke på barnets temperament og reguleringsevne? I det følgende vil jeg belyse relevant litteratur på disse områdene.

5 Prenatal ruseksponering

Tidligere har det vært vanlig å studere hva slags spesifikke effekter ulike rusmidler har hatt på fosteret (Moe og Slinning, 2002). Prenatal ruseksponering kan føre til liten fostervekst, lav gestasjonsalder, lav fødselsvekt, kortere lengde ved fødsel, liten hodeomkrets og neonatalt abstinenssyndrom (NAS) (Hoegerman, Wilson, Thurmond og Schnoll, 1990; Kassin og Greenough, 2005; Lester og Tronick, 1994; Moe og Slinning, 2001; Moe og Slinning, 2002; Moe, Siqveland og Slinning, under publisering; Shankaran et al., 2007; Slinning, 2003). Liten hodeomkrets kan indikere mulige betydelige strukturelle effekter på hjernen (Moe og Slinning, 2001; Moe og Slinning, 2002), mens dårlig fostervekst har vist seg å være assosiert med vansker med å regulere aktivering, og med å utvikle strategier for selvregulering i spedbarnsalderen (Eiden et al., 2009). En stor del av studiene som er gjort på spedbarn og barn som har blitt eksponert for ulike rusmidler i fosterlivet, viser til kognitive svekkelser som et resultat av denne eksponeringen (for eksempel Moe og Smith, 2003; Shankaran et al., 2007; Singer et al., 2004; van Baar og de Graaff, 1994; van Baar, Soepatoni, Gunning og Akkerhuis, 1994), i tillegg til at disse barna viser mer abnormale reflekser, mindre optimal habituering og orientering, samt vansker med tilstandsregulering og regulering av motorikk (Woods, Eyler, Behnke og Conlon, 1993). Li et al. (2009) viser til at prenatal eksponering for kokain har blitt assosiert med dysregulering av aktivering og forringelser i oppmerksomhet.

De fleste studiene som er gjort på effekter av prenatal ruseksponering, har blitt gjort på barn som er eksponert for kokain (Moe og Slinning, 2001). Dette kan være problematisk fordi man ikke kan utelukke at mange av mødrene antagelig bruker andre former for rusmidler i tillegg til kokain (Moe og Slinning, 2001; Slinning, 2003). Ofte benyttes både sigaretter, alkohol og andre medikamenter, som alle i seg selv utgjør en risiko for et foster (Moe et al., under publisering). Man kan anta at tankegangen om kumulative risiko vil være gjeldende også her, ved at jo flere ulike rusmidler et ufødt barn blir utsatt for, dess større sannsynlighet vil det være for at det som spedbarn vil ha et temperament som kan oppfattes som vanskelig, og for at de vil utvikle reguleringsvansker i nyfødtpperioden og spedbarnsalderen. Denne antagelsen kan underbygges ved en studie gjort av Rivkin et al. (2008) hvor de blant annet fant at jo flere typer rusmidler et barn ble eksponert for i fosterlivet, jo større innvirkning hadde dette på hjernens utvikling. Flere studier har funnet at eksponering for ulike rusmidler i fosterlivet kan føre til mikrostrukturelle forskjeller i hjernens hvite substans, redusert volum i subkortikal grå substans, mindre hjernevolum,

endringer i hjernestruktur og tykkelse på hjernebarken (Rivkin et al., 2008; Walhovd et al., 2007; Walhovd et al., 2009; Walhovd et al., 2010). All slik innvirkning på hjernens utvikling vil kunne ha betydning for fungering på ulike områder senere i livet. Dette kan være områder som oppmerksomhet, sosial fungering og hyperaktivitet, som alle er knyttet til reguleringsevne.

Effekten av å bli eksponert for opiat er har fått mindre oppmerksomhet enn effekten av kokain, men det ser ut til at barn som har blitt eksponert for ulike opiat i fosterlivet viser høyere aktiveringsnivå, større stress reaktivitet, og dårligere evne til å trøste seg selv enn barn som ikke er eksponert (Weiss et al., 2007). De samme forskerne viser også til studier som er gjort av barn som har blitt eksponert for marihuana i fosterlivet, hvor det kommer frem at de er mindre sosialt engasjert, mer engstelige, mer uoppmerksomme, mer impulsive, at de har begrenset oppmerksomhetsspenn og dårligere impuls kontroll enn barn som ikke er eksponert (ibid.). Spedbarna av de rusmisbrukende mødrene i studien som er grunnlag for denne oppgaven, har blitt eksponert for ulike typer rusmidler i ulik grad i løpet av svangerskapet. Mødrene rapporterer å ha brukt ulik mengde og variasjon av nikotin, alkohol, cannabis, heroin, kokain, amfetamin, opiat og benzodiazepiner. Barn som har blitt eksponert for flere ulike typer rusmidler i fosterlivet, viser seg å ha en større reaktivitet i forhold til at de viser økt grad av sutring og irritabilitet, at de er utrøstelige, og har problemer med å regulere tilstandsendringer, de skvetter lett, viser økt hjerterate og respirasjon, og de er mer hyperaktive (Weiss et al., 2007).

Lester og Tronick (1994) viser til at effekter av rusmidler kan interagere med andre prenatale faktorer som for eksempel dårlig ernæring eller sykdom, som også kan ha mindre god innvirkning på fosteret og siden spedbarnet. Dawkins, Tylden, Colley og Evans (1997) viser til flere fordeler for det ufødte barnet ved at mor blir rusfri under svangerskapet, i forhold til om hun ruser seg hele svangerskapet. Dette er for eksempel mindre prenatal eksponering for rusmidler, bedre ernæring og mindre stress. Eiden et al. (2009) viser at barn som har blitt eksponert for mors kokainmisbruk i fosterlivet, opplever høyere grad av miljømessig risiko som spedbarn. De viser til risikofaktorer som lavere utdanning hos mor, å vokse opp med en forelder, mangel på rutine i forhold til hvordan mødrene gir omsorg, manglende stabilitet i omsorgssituasjonen, flere separasjoner fra primær omsorgsgiver, ustabile boforhold, og mangel på sosial støtte. Flere studier viser at både prenatal ruseksponering og miljømessige kumulative risiko kan innvirke på barns utvikling, og at ruseksponeringen kan virke direkte og indirekte gjennom omsorgsmiljøet barna vokser opp i.

Dette gjør det vanskelig å fastslå effekten av selve ruseksponeringen (Boris, 2009; Carta et al., 2001; Eiden et al., 2007; Eyler og Behnke, 1999; Lester, Boukydis og Twomey, 2000; Moe et al., under publisering; Moe og Slinning, 2002; Suchman et al., 2005; Tronick og Beeghly, 1999).

Barn som har blitt utsatt for prenatal ruseksponering, spesielt barn som har blitt eksponert for opiat, kan bli født med neonatalt abstinenssyndrom (NAS) (Hans og Jeremy, 2001; Moe et al., under publisering; Moe og Slinning, 2001; Moe og Slinning, 2002; Slinning, 2003). NAS kan beskrives som en generalisert forstyrrelse, og viser til symptomer som inkluderer irritabilitet i sentralnervesystemet, dysfunksjoner både i det autonome nervesystemet, spiserøret, fordøyelsessystemet og respirasjonssystemet (Moe et al., under publisering; Slinning og Moe, 2007). Det kan også innebære symptomer på ekstrem gråting, forstyrret søvn, hyperaktiv mororefleks, skjelvninger, øket muskeltonus, svetting, nesetetthet, nysing, øket respirasjonsrate, vansker med å ta til seg føde, gulping/sprutoppkast, løs avføring, mistriivselsymptomer og ekstrem irritabilitet (ibid.). Slike symptomer kan medføre alvorlige reguleringsproblemer hos spedbarn på grunn av den virkningen ulike rusmidler har på sentralnervesystemet (Moe og Slinning, 2001; Moe og Slinning, 2002; Slinning, 2003). På grunn av disse reguleringsvanskene er slike barn enda mer sårbare for et omsorgsmiljø som ikke klarer å hjelpe dem å regulere seg selv, både med tanke på atferd og emosjoner (Moe og Slinning, 2002). Spedbarn som er eksponert for ulike rusmidler i fosterlivet, men som ikke har NAS, vil antageligvis være mer disponert for NAS lignende symptomer enn barn som ikke har blitt utsatt for prenatal ruseksponering. Det vil også være mulig å anta at de ruseksponerte barna vil være mer sensitive for ulike inntrykk som for eksempel berøring, lyd og lys, og at de vil ha større vansker med tilstandsregulering. DeGangi et al. (1997) fant at spedbarn med reguleringsforstyrrelser er hyper- eller hypo- sensitive for sensorisk stimuli som auditiv, taktil, visuell og vestibulær stimulering, noe som kan styrke antagelsen om at de ruseksponerte barna kan være mer sensitive enn barn som ikke er ruseksponert.

Richardson, Goldschmidt og Willford (2008) fant at kvinner som brukte kokain i svangerskapet rapporterte barna sine som mer sutrete/vanskelige og mindre tilpasningsdyktige enn kvinner som ikke hadde brukt kokain. Det viste seg at det ble rapportert mest vansker i forhold til de barna som var blitt eksponert for rusmidler hele svangerskapet, men at det også ble rapportert om vansker hos de som kun ble eksponert i første trimester. De fant også at nyfødte som hadde blitt eksponert for kokain i svangerskapet viste dårligere autonom stabilitet, dårligere tilstandsregulering og dårlig motorisk modning, og antok at dette var

faktorer som bidro til et rapportert vanskeligere temperament hos disse barna. I tillegg viste barna mindre moden hjerneutvikling på søvnstudier både ved fødsel og ved 1 års alder. Nevrologisk atferdsmessig og nevrofysiologisk fungering ved fødsel, og temperament ved 1 års alder, ble antatt å henge sammen med at prenatal eksponering for kokain påvirker aktivering, oppmerksomhet, affekt- og tilstandsregulering gjennom endringer i nevrotransmittersystemer (Richardson et al., 2008). En annen studie viste at barn som er eksponert for kokain i svangerskapet ble rapportert som mer sutrete, og hadde høyere skårer på atferdsproblemer enn ikke-eksponerte barn (Richardson, Goldschmidt og Willford, 2009). Dette er i samsvar med tidligere studier hvor det rapporteres at spedbarn som har blitt eksponert for kokain i svangerskapet, skiller seg temperamentsmessig fra de som ikke har blitt eksponert ved at de er mer sutrete og irritable (Mayes et al., 1995). Funnene fra de ovennevnte studiene tyder dermed på at barn som har vært prenatalt ruseksponert, blir rapportert å være mer sutrete enn barn som ikke er ruseksponert. DeGangi (2000) hevder som tidligere nevnt at sutring er det mest gjennomtrengende trekket hos spedbarn med reguleringsforstyrrelser.

Moe et al. (under publisering) påpeker at ruseksponerte barn kan bære med seg ulike skader på sentralnervesystemet som gjør at de blir ekstra sårbare for en lite sensitiv omsorg. Det er ikke urimelig å anta at mødre som har rusproblemer, selv om de har blitt avruset i svangerskapet, vil oppleve det som utfordrende å være fullstendig til stede for sine spedbarn, og å være sensitive for deres signaler til en hver tid. Moe et al. (ibid.) peker videre på at mødre med rusproblemer ofte kan ha en dårligere evne til å lese barnets signaler, og at de kan ha en dårligere kapasitet til å mestre et barn som er vanskelig å regulere. Det vil antagelig være en "poorness-of-fit" mellom en mor som har redusert kapasitet til å tolke barnets signaler, og et barn som har behov for en ekstra sensitiv omsorgsperson for å klare å tilegne seg selvregulerende strategier. Barnet som er født med en ekstra sårbarhet, og muligens ulike skader på sentralnervesystemet, krever mer hjelp av en omsorgsgiver for å utvikle evnen til å regulere egen atferd, og til å regulere temperamentsmessig reaktivitet.

Det å undersøke om barn av rusmisbrukende mødre rapporteres å ha større vansker med regulering enn barn som ikke har blitt ruseksponert, vil gi god kunnskap om hvilke utfordringer disse barna, og deres mødre, kan møte. Samtidig vil det også kunne danne grunnlag for kunnskap om hvilke behandlingsopplegg som vil være best egnet for slike grupper. Denne gjennomgangen viser at ruseksponering i fosterlivet kan føre til en økt sårbarhet hos barnet, noe som igjen kan gi større risiko for å utvikle reguleringsvansker. Hvordan kan mors depresjon i svangerskapet innvirke på det ufødte barnet?

6 Depresjon hos mødre

Spedbarn er avhengig av fysisk og emosjonell omsorg for overlevelse, for etablering av en trygg tilknytning, og for utvikling av selvregulering, sosial kompetanse og mestring (Bronson, 2000). For å utvikle et selvregulerende system er spedbarnet avhengig av et gjensidig reguleringssystem mellom seg og mor (Sameroff, 2009b; Speranza et al., 2006). Depresjon hos mor ser ut til å gå ut over valideringen av dette systemet, og spedbarnets selvreguleringsystem baseres istedenfor på sinne, tristhet og isolering (Speranza et al., 2006). Statistisk sentralbyrå (2010) rapporterer at mellom 6 – 11 % av alle kvinner i fruktbar alder hadde symptomer på angst og depresjon i 2008. Når det er snakk om psykiske vansker hos mor, er det viktig å være klar over at tilstedeværelsen av depresjon ofte kan henge sammen med, eller komme i tillegg til angst. Det er mindre kunnskap om hvordan angst hos mødre påvirker interaksjonen mellom mor og barn enn når det gjelder kunnskap om barseldepresjon (Slinning og Eberhard-Gran, under publisering). Det er viktig å være oppmerksom på depresjoner i svangerskapet blant annet fordi de fleste barseldepresjoner starter allerede da (Eberhard-Gran og Slinning, 2007). Dersom mor er deprimert etter fødsel, kan det føre til at spedbarnet ikke får de emosjonelle signalene det trenger, og risikoen er stor for at de heller ikke får den reguleringshjelpen de trenger.

Det har vist seg at depresjon i svangerskapet kan påvirke fosterets utvikling (Diego et al., 2009). Foster av deprimerte mødre antas å bli eksponert for en biokjemisk ubalanse hos mødrene (Field, 2000). Mødre med depressive symptomer viser seg å ha spedbarn som oftere har utviklingsforsinkelser, som er mer aktiverte og reaktive, og som har økt risiko for fysisk og mental ustabilitet. Videre viser disse barna forringelser både i kognitiv utvikling og til å reagere adekvat på sosial stimulering, samt svekket kapasitet til å engasjere mennesker og objekter. Spedbarna med deprimerte mødre viser oftere redusert aktivitet, utholdenhet og motorisk tonus, dårligere tilstands- og emosjonsregulering, de gråter mye, er vanskelige å trøste, har et vanskelig temperament i forhold til at de oppleves som urolige og irritable. Disse barna viser oftere en utrygg/desorganisert tilknytning sammenlignet med barn av ikke-deprimerte mødre (Austin et al., 2005; Davis et al., 2007; Eberhard-Gran og Slinning, 2007; Field et al., 2009; Hernández-Martínez, Arija, Balaguer, Cavallé og Canals, 2008; Salisbury et al., 2007; Speranza et al., 2006; Zuckerman et al., 1990). Prosesser knyttet til affektregulering representerer et kritisk område hos barn av deprimerte mødre (Tronick og Reck, 2009; Tronick og Weinberg, 1997). Papoušek (2008) fant at depresjon hos mødre, barnets alder og

den tiden mor og barn har vært sammen og opplevd dysregulering i atferd og emosjoner, kan sees i sammenheng med hvor gjennomtrengende reguleringsvansker hos barnet er. Det viser seg altså at aspekter ved spedbarns emosjonelle og atferdsmessige fungering og regulering, som kan assosieres enten med prenatal eller postnatal depresjon hos mødre, kan ha innvirkninger for problemer i tilpasning til situasjoner man møter senere i utviklingen (Goodman og Brand, 2009).

Depresjon i svangerskapet har blitt knyttet til et økt kortisolnivå hos den gravide, som igjen har blitt assosiert med mindre fostervekst, lavere fødselsvekt, redusert hodeomkrets og for tidlig fødsel (før 37.svangerskapsuke) (Diego et al., 2009; Field et al., 2004). Ulike studier indikerer at mors depresjon i svangerskapet kan begynne å påvirke fosteret allerede i 18. - 20. svangerskapsuke (Diego et al., 2009). En hyperaktivert HPA akse (Hypotamalic Pituitary Adrenal axis) hos den gravide kan føre til økt kortisolnivå hos fosteret, noe som igjen kan påvirke fosterveksten ved dysregulering av aktiviteten i fosterets autonome nervesystem (ibid.). Dette kan igjen redusere evnen til å selvregulere via det autonome nervesystemet, og bidra til at barna ikke klarer å nyttegjøre seg av omsorgspersonens forsøk på å berolige, som gjør at de blir vanskelige å trøste (Austin et al., 2005; DeGangi et al., 1991; DiPietro et al., 1996; Lester et al., 1992). Spedbarn av mødre som har vært deprimert i svangerskapet, har et forhøyet kortisolnivå og et lavere nivå av serotonin og dopamin enn spedbarn av mødre som ikke har vært deprimerte (Field, Diego og Hernandez-Reif, 2009; Hedegaard, Henriksen, Sabroe og Secher, 1993; Pagel, Smilkstein, Regen og Montano, 1990). Et forhøyet kortisolnivå vil kunne medføre en dårligere evne til stressmestring, mens et lavt serotonininnivå vil kunne forårsake en svekkelse av psykisk aktivitet, noe som igjen kan føre til depresjon (Egedius, 2000). Et lavt dopaminnivå vil kunne innebære en svekkelse i blant annet hukommelse, oppmerksomhet, motivasjon og motorikk. Field et al. (2008) viser til flere studier hvor det kommer frem at lavt dopaminnivå kan føre til mindre orienteringsatferd hos 2 uker gamle spedbarn, mer negativt temperament hos 2 måneder gamle spedbarn, i tillegg til mindre utforskende atferd ved 1 års alder. De hevder at dette viser at et lavt dopaminnivå er en markør for mindre optimal utvikling i spedbarnsalderen, og at dette kan føre til en utviklingsmessig forsinkelse (ibid.). Spedbarn med et høyt dopaminnivå viser mindre negativ emosjonalitet ved 2 måneders alder, og mindre sinne ved 12 måneders alder (Auerbach, Faroy, Ebstein, Kahana og LeVinde, 2001). Davis et al. (2007) fant at det å bli eksponert for et forhøyet kortisolnivå før 30. – 32. svangerskapsuke ikke medførte økt grad av negativ reaktivitet hos fosteret, mens eksponering for morens stresshormoner etter 32.

svangerskapsuke, ville påvirke reaktiviteten. Samlet sett viser dette at spedbarn som har hatt en mor som var deprimert i svangerskapet, har med seg en biologisk sårbarhet som disponerer for vansker med å regulere seg, noe som igjen kan kreve en ekstra sensitiv omsorgsperson for at de skal kunne ”overvinne” denne sårbarheten. For en mor som har vært deprimert i svangerskapet, og er deprimert etter fødsel, vil dette kunne være en ekstra utfordring, fordi hun har vansker med sine egne affektive tilstander.

Spedbarn søker aktivt etter affektiv informasjon fra andre personer både for å få et tillegg til den informasjonen de selv har om en hendelse (Tronick, 1989). Andre personers emosjonelle tilstand vil derfor være grunnleggende viktig for barnets emosjonelle tilstand (ibid.). Et spedbarn som søker etter affektiv informasjon fra en deprimert mor, vil antagelig møte liten variasjon i mors emosjonelle uttrykk, noe som vil påvirke hvordan barna vil fortolke ulike hendelser. Emosjonell stabilitet i graviditeten gir et godt grunnlag for spedbarnets selvregulering, og flere aspekter ved spedbarnets atferd som kan predisponere dem til bedre interaksjoner med sine foreldre (Hernández-Martínez et al., 2008). Zuckerman et al. (1990) hevder at depresjon hos mor fører til mindre adekvat interaksjon mellom mor og spedbarn tre måneder etter fødsel. De påpeker også at deprimerte mødre viser mindre imiterende atferd, færre kontingente responser, og leker mindre med sine spedbarn. Viktigheten av å vise kontingente responser overfor sine spedbarn, og å imitere atferd, viser seg i form av at spedbarna på denne måten lærer turtaking, og de lærer hvordan omsorgspersoner og omgivelser responderer på dem når de agerer på ulike måter. Beckwith et al. (1999) fant at mødre som hadde hatt depressive symptomer under graviditeten, og som fortsatt var deprimerte et halvt år etter fødselen, viste lavere kvalitet på omsorgen til spedbarnet enn mødre som hadde vært alvorlig deprimert under svangerskapet, men hvor depresjonen lettet etter fødselen.

Tidlig forskning på foreldrenes tanker om barnas vansker, fant at deprimerte mødre hadde en tendens til å overfortolke eller forvrengte barnets atferd som problematisk (Rickard, Forehand, Wells, Griest og McMahon, 1981). Samtidig har det også blitt funnet at deprimerte mødre ikke nødvendigvis oppfatter barna sine som vanskelige temperamentsmessig, men at de legger skylden for vanskelighetene de opplever i forhold til å ta seg av barnet sitt på seg selv (Whiffen og Gotlib, 1989). Hva slags forventninger har mor til seg selv, og hva slags forventninger har hun til barnet? Besitter deprimerte mødre og mødre med rusproblemer intuitiv omsorgskompetanse?

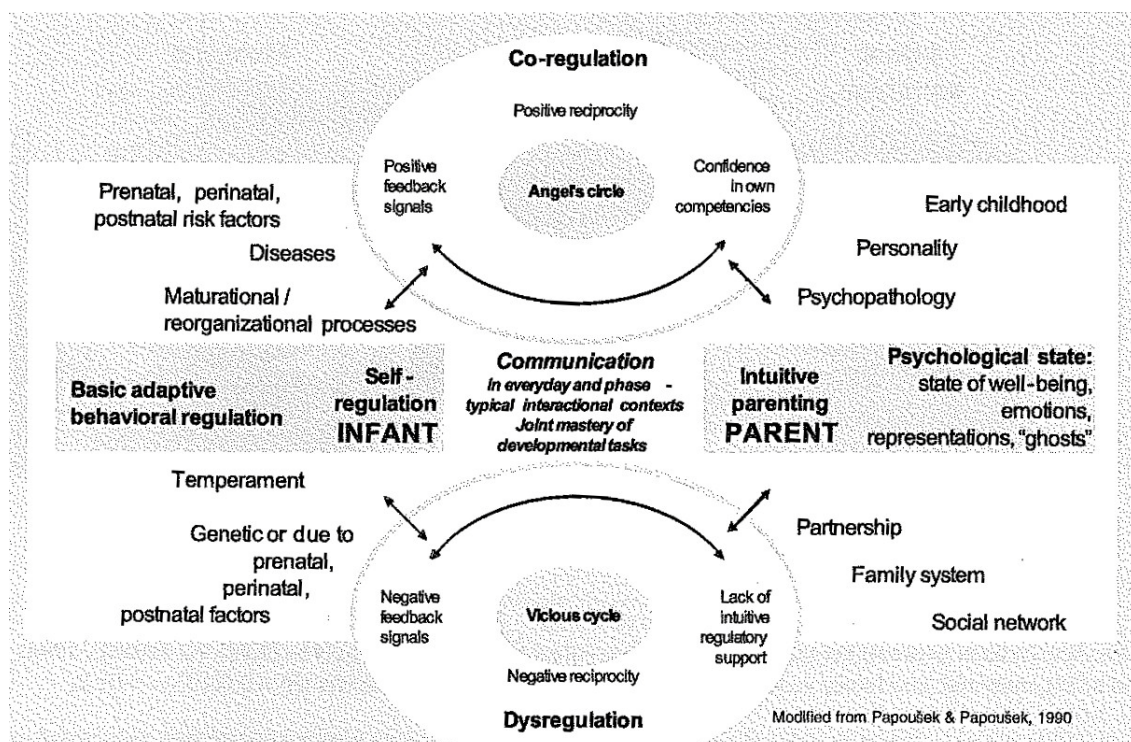
7 Intuitiv omsorgskompetanse

Foreldre skiller seg naturlig fra hverandre i forhold til om de intuitivt klarer å se hva som skal til for å regulere sine barn. Papoušek og Papoušek (1987) fremsatte en teori om det de kalte ”intuitive parenting”. Jeg velger å oversette dette med intuitiv omsorgskompetanse (i tråd med Olafsen, under publisering). Intuitiv omsorgskompetanse innebærer at foreldre er utstyrt med atferdsdisposisjoner som er komplementære til spedbarnets atferdsdisposisjoner, og som gjør det mulig for foreldrene intuitivt å tone seg inn på spedbarnets atferd. For foreldrene kan en slik kompetanse direkte påvirkes av psykologisk tilstand, som igjen kan påvirkes av multiple risikofaktorer i foreldrenes helse, biografi, personlighet og familieforhold (Papoušek, 2008). Intuitiv omsorgskompetanse er atferdsdisposisjoner og strategier som er psykobiologisk forankret i foreldrene for å regulere spedbarnets nivå av affektiv aktivering (Papoušek og von Hofacker, 2008). Det at foreldrene ved hjelp av intuitiv omsorgskompetanse hjelper sine spedbarn med å regulere sine emosjonelle responser, bidrar til at barna vil utvikle en evne til å regulere dette på egenhånd, og på sikt regulere sin egen atferd.

Mødre som misbruker rus og alkohol er i risiko for å utøve dysfunksjonell omsorg (Bresnahan, Brooks og Zuckerman, 1991). Videre forklarer Bresnahan et al. at enkelte stoffer er avhengighets – skapende, og at det er sannsynlig at denne avhengigheten kan føre til betydelige forstyrrelser i mors atferd (ibid.). Disse forstyrrelsene kan man derfor tenke at vil påvirke mors atferd overfor barnet på en lite heldig måte. Gallagher (2002) hevdet at temperament kan sees på som en karakteristikk ved en person, mens omsorgskompetanse kan sees som en toveis, gjensidig prosess hvor barnet er en aktiv deltager. I dyader hvor barnet forsøker å etablere kontakt med omsorgspersonen, men hvor denne ikke responderer, hvor omsorgspersonene ikke besitter en slik intuitiv kompetanse eller ikke klarer å utøve den, hvor det ikke blir en slik gjensidig prosess, vil det kunne få konsekvenser blant annet i forhold til barnets evne til regulering.

Papoušek (2008) hevder at foreldre ved hjelp av spedbarnets signaler, synes å vite hvordan de skal gi spedbarnet en regulatorisk støtte som er inntonet til dets individuelle evner og begrensninger. Foreldrene kompenserer for hva barnet selv ikke har evne til å gjøre, og tilbyr et rammeverk hvor spedbarnet får mulighet til å teste og øve på egne evner til mestring og selvregulering i gjensidig interaksjon og dialog. For at foreldre skal kunne vise intuitiv omsorgskompetanse, må de ha evnen til å gi ubetinget oppmerksomhet til spedbarnets preverbale kommunikasjon. Foreldre må også være tilstrekkelig emosjonelt tilgjengelige for å

la seg lede av spedbarnets signaler, samtidig som de må stole på sin egen genuine kompetanse, noe som kan antas å være en utfordring for mødre i risikogrupper. Et spedbarn som har svekkede selvregulerende evner, vil kunne påvirke foreldrenes tillitt til sin intuitive kompetanse. Mødre som sliter med rusproblemer eller som har en depresjon, vil kanskje ikke føle seg like kompetent som en mor uten slike vansker vil. At barnet også har noen biologiske sårbarheter, kan gjøre samspillet mellom mor og barn utfordrende. Dette kan bli en ond sirkel, eller som Papoušek (2008) kaller det; "the devils circle". En varig forringelse av foreldrenes intuitive kapasitet for inntoning til spedbarnets behov og signaler, øker risikoen for å skape en slik ond sirkel av negativ gjensidighet hvor barnet med sine reguleringsvansker må klare seg uten den normale samreguleringen (co-regulation) fra foreldrene, og foreldrene vil dermed mangle de positive tilbakemeldingssignalene fra barnet som ville forsterket deres selvsikkerhet til sin intuitive kompetanse (Papoušek, 2008 s. 70). Papoušek (2008) illustrerer hvordan barnets evne til selvregulering og omsorgspersonens intuitive omsorgskompetanse virker sammen for å etablere en samregulering eller en dysregulering i forholdet mellom dem. Papoušek beskriver med denne modellen forstyrrelser i atferds- og emosjonsregulering, og forstyrrelser i relasjonen mellom foreldre og barn.



Figur 1. Kommunikasjonssentrert systemisk modell (Papoušek, 2008).

Denne modellen viser hvordan kontekstuelle faktorer hos mor, hennes egne erfaringer, og hennes egen personlighet, i samspill med barnets evne til selvregulering, dets temperament og sårbarhetsfaktorer, bidrar til en utvikling av samregulering eller dysregulering. Dette samspillet, hvordan aspekter både ved mor og barn virker sammen for å få til en god regulering, er viktig å huske på i forhold til arbeid med mødre som har rusproblemer eller psykiske vansker, og deres spedbarn. Weiss et al. (2007) fant at dersom mor har stor grad av stress i livet, vil dette kunne påvirke mor slik at det påvirker barna, og de vil dermed kunne utvise større grad av irritabilitet, reaktivitet, oppmerksomhetsproblemer, negativ affekt, og stress når de møter begrensninger.

Papoušek og von Hofacker (2008) hevder at kontingente og tydelige signaler i foreldres ansikt, fakter og stemme, blir et viktig aspekt ved regulatorisk støtte. Mellom 7 og 9 måneders alder blir barnet i økende grad mottakelig for omsorgsgiveres affektive tilstand, deres følelser og deres emosjoner (ibid.). Dersom mor er den primære omsorgsgiver og hun er deprimert, vil dette påvirke barnet fordi mor ikke er affektivt inntonet på barnets emosjonelle opphevelser (ibid.). Det viser seg at depressive symptomer kan undergrave omsorgskompetanse fordi disse symptomene reduserer barneorienterte mål, undergraver oppmerksomheten mot barnets signaler, og øker negative vurderinger av barnet og omsorgskompetansen, samt aktiverer lite positive og høyere grad av negative emosjoner (Dix og Meunier, 2009). Mødre med rusproblemer mangler ofte modeller på hvordan en god omsorgsperson skal være, og de trenger ekstra støtte og hjelp til hvordan de skal være gode omsorgspersoner for de sårbare spedbarna (Moe et al., under publisering). Tidlig diagnostisering og intervensjon for rette opp dysfunksjonelle relasjonsmønstre mellom spedbarn og deres primære omsorgsgivere, kan vise langsiktige positive effekter og forebygge psykologiske forstyrrelser i senere barndom (Resch, 2008).

I det følgende skal jeg ta for meg det relevante prosjektet med gjennomføring og metoder, før jeg går videre til analyser, resultater og diskusjon.

8 Presentasjon av studien

hovedoppgaven er basert på

Det er gjort mange studier av barns evne til å regulere sin egen atferd, men når det gjelder spedbarn av mødre med rusproblemer og/eller psykiske vansker, samt disse barnas reguleringsevner, er det fortsatt behov for mer kunnskap (se for eksempel Boris, 2009).

Prosjektet *"Barn av foreldre med rusproblemer og psykiske vansker.*

Reguleringsforstyrrelser og samspillsvansker i de første leveår" har vært i gang siden 2004, først ved Psykologisk institutt (PSI), Universitetet i Oslo (da prosjektleder var post doc stipendiat der), og deretter ved Regionsenter for barn og unges psykiske helse, Helseregion ØST og SØR (R-BUP). Prosjektansvarlig er forsker ved Nasjonalt kompetansenettverk for sped- og småbarns psykiske helse dr. psychol. Vibeke Moe. Barna og mødrene som deltar i prosjektet har blitt fulgt fra graviditet, og ved fem tidspunkter i første leveår (ved 2 uker, 3, 4, 9 og 12 måneder) og ved 2 års alder. Prosjektet har det siste året blitt utvidet til å gjelde også en 4,5 års oppfølging av barna, hvor det i tillegg til samspill og regulering, blir fokusert på nevrokognitive aspekter ved barnas utvikling. Denne siste delen av oppfølgingsundersøkelsen er et samarbeid mellom professor i kognitiv nervopsykologi Kristine Walhovd ved PSI, og Vibeke Moe ved R-BUP.

Denne oppgaven er basert på data hentet fra det ovennevnte prosjektet, og mitt fokus er spedbarnas temperament og evne til regulering, relatert til mødrenes psykiske helse, rusbruk og optimalitet i svangerskapet, grad av barseldepresjon, samt deres opplevelse av foreldrestress i det første leveåret. Tre grupper mødre og barn har blitt undersøkt i forhold til rusbruk og psykiske vansker i svangerskapet, og depresjon 3 måneder etter fødsel. Videre ble barnas evne til regulering ved 9 måneder, samt barnas temperament og mødrenes opplevelse av stress i foreldrerollen målt 12 måneder etter fødsel.

Den første gruppen i utvalget var mødre med rusproblemer og deres spedbarn (gruppe 1). Disse mødrene hadde et heroinmisbruk eller et blandingsmisbruk i deler av svangerskapet. Deltakerne i denne gruppen ble rekruttert gjennom Borgestadklinikken, Lade behandlingssenter, Sykehuset Innlandet avdeling for rusrelatert psykiatri og avhengighet, skjermet enhet og familieenheten, Hov- og Bergen barn- og foreldresenter, og Barnas stasjon i Fredrikstad. Barna er ulikt eksponert for rusmidler i svangerskapet, og mødrene er avruset underveis. Et stort flertall av mødrene i denne gruppen har røyket gjennom hele svangerskapet. Den andre gruppen mødre var henvist til poliklinisk behandling for psykiske

vansker i graviditeten (gruppe 2), og majoriteten ble rekruttert gjennom Nic Waals Institutt, Seksjon for sped- og småbarnsfamilier. Den tredje gruppen (gruppe 3) ble rekruttert fra helsestasjoner i Oslo og hadde i utgangspunktet verken rusproblemer eller psykiske vansker i graviditet. Gruppene er ikke matchet med hensyn til alder, utdanning eller sosioøkonomisk status (SØS). En av grunnene til dette, er at personer som er i slike risikogrupper er vanskelige å matche i forhold til normalbefolkningen, blant annet fordi de ofte har lavere sosioøkonomisk status og har mange belastninger (Landry og Whitney, 1996). Målet for prosjektet var å rekruttere ca. 30 deltakere til hver av gruppene. Dette antallet ble begrunnet ut fra erfaring med hvor mange spedbarn som fanges opp i Oslo hvert år som fødes av mødre med rusproblemer. Det kan være vanskelig å rekruttere personer med rusproblemer til å være med i forskningsprosjekter, fordi de kan ha en skepsis til offentlige systemer, men dette er enklere når de allerede er i et behandlingsopplegg slik som deltakerne i dette prosjektet er (Vibeke Moe, personlig kommunikasjon, august 2009).

Prosjektet innebærer ingen form for risiko for deltakerne, verken for mødrene eller barna. Det blir understreket at det er ekstra viktig å beskytte barn som skal være med i forskningsprosjekter. Begrunnelsen for dette er at barna ikke kan ta vare på sine egne interesser i samme grad som voksne kan, samtidig som det blir ansett som viktig å inkludere barn i forskning (Bratlid, 2004). Det er fravær av data i offisiell norsk statistikk når det gjelder barn av rusmisbrukere, og det er også lite kunnskap om barn av foreldre som sliter med psykiske vansker. Dette understreker behovet for å inkludere barn av foreldre med mange belastninger i forskning slik at også barnas situasjon kan bli belyst (Vibeke Moe, personlig kommunikasjon, august 2009). Prosjektet er godkjent av Regional komité for Medisinsk Forskningsetikk (REK), Helseregion Øst, og av Norsk Samfunnsviteskapelig Datatjeneste (NSD) i Bergen.

Utvalget som er grunnlaget for denne oppgaven består totalt 78 mødre og barn. Det innebærer 26 barn i rusgruppen (15 gutter, 11 jenter), 22 barn i gruppen med psykiske vansker (8 gutter, 14 jenter), og 30 barn i kontrollgruppen (18 gutter, 12 jenter). Alle barna i mitt utvalg bor sammen med sin biologiske mor. Primært ønsker jeg å sammenligne de to risikogruppene med hverandre og med kontrollgruppen. Fordi utvalget jeg skal ta for meg ikke er så veldig stort, kan det også være aktuelt å slå de to risikogruppene sammen når analysene gjøres for å sammenligne en større risikogruppe mot kontrollgruppen. Dette kan også være aktuelt fordi mange personer som sliter med rusproblemer ofte også strever med psykiske vansker (Beckwith et al., 1999; Chander og McCaul, 2003; Moe et al., under

publisering), noe som kanskje kan forklare en eventuell manglende forskjell mellom de to risikogruppene.

I det følgende skal jeg gå igjennom hvilke metoder som er brukt i dette prosjektet for å samle inn data om mødrenes rusbruk, psykiske lidelser og grad av optimalitet, samt regulering og temperament hos barna, i tillegg til grad av foreldrestress.

8.1 Metoder

Prosjektet som min delstudie tar utgangspunkt i er, som nevnt ovenfor, en prospektiv, longitudinell undersøkelse hvor barna har blitt undersøkt i forhold til reguleringsvansker, samspill og utvikling gjennom de første leveår, mens 2 og 4,5 års - undersøkelsene fortsatt pågår. Grad og type av prenatal ruseksponering og eventuell forekomst av neonatal abstinens, i nyfødtperioden har blitt kartlagt. Det samme ble barnets generelle nyfødtstatus som innebærer gestasjonsalder, hodeomkrets, fødselsvekt og eventuelle komplikasjoner. Barna har blitt vurdert med hensyn på reguleringsvansker og samspillsferdigheter, samt temperament og mental og motorisk utvikling. I denne oppgaven skal jeg kun ta for meg data som er samlet inn fram til barna er 12 måneder gamle, og utvalget mitt består derfor bare av de barna som hadde fylt 1 år før januar 2010. Jeg skal kun se på de data som omhandler temperament, regulering og foreldrestress. Data som omhandler samspill skal ikke være et tema i denne oppgaven, selv om det er et hovedtema i det overordnede prosjektet.

Alle mødrene ble intervjuet i tredje trimester om rusbruk, nettverk, tidligere relasjonserfaringer og sosiodemografiske forhold. De fylte også ut spørreskjema som kartlegger grad av angst og depresjon, samt andre psykiske vansker i svangerskapet. Det ble videre innhentet informasjon om grad av barseldepresjon da barnet var 3 måneder. Barnets reguleringsevne ble kartlagt da barnet var 9 måneder, og barnets temperament, samt mors opplevelse av foreldrestress ble kartlagt da barnet var 12 måneder.

8.1.1 Spørreskjema og intervju i graviditeten

Hopkins Symptom Checklist – 25

Hopkins Symptom Checklist-25 (SCL-25) ble utviklet av Derogatis og medarbeidere (Derogatis, Lipmann, Rickels, Uhlenhuth og Covi, 1974). Denne sjekklisten tok utgangspunkt i SCL-90, og er et kort selvrapporteringsskjema som måler depresjon og angst. Skjemaet består av 25 spørsmål. 10 spørsmål måler angst (hodepine, skjelving, matthet eller

svimmelhet, nervøsitet/indre uro, plutselig frykt uten grunn, stadig redd eller engstelig, hjertebank/ hjerteslag som løper av gårde, følelse av å være anspent/oppjaget, anfall av angst eller panikk, så rastløs at det er vanskelig å sitte stille). 15 spørsmål måler depresjon (mangel på energi/alt går langsommere enn vanlig, lett for å klandre deg selv, lett for å gråte, tanker om å ta ditt liv, følelse av håpløshet med tanke på fremtiden, nedtrykt/tungsindig, følelse av ensomhet, tap av seksuell lyst og interesse, følelse av å være lur i en felle eller fanget, mye bekymret eller urolig, uten interesse for noe, følelse av at alt er et slit, følelse av å være unyttig, dårlig matlyst og søvnproblemer). Deltakerne skal svare på i hvor stor grad de har vært plaget av disse symptomene den siste uken. Spørsmålene måles på en skala fra 0 – 4, hvor 0 er ”Ikke i det hele tatt” og 4 er ”Veldig mye”. I dette prosjektet deles SCL-25 ut til de gravide kvinnene i siste trimester for å kartlegge grad av angst og depresjon før fødselen.

European Addiction Severity Index

“The Addiction Severity Index” (ASI) ble utviklet av McLellan og medarbeidere i 1980. I dette prosjektet er det den femte utgaven av ASI som er benyttet (McLellan et al., 1992). EuropASI er en versjon av intervjuet som er tilpasset europeiske forhold (Kokkevi, Stefanis, Anastasopoulou og Kostogianni, 1998). I 1997 ble EuropASI oversatt til norsk (Lauritzen og Ravndal, 2004). ASI er et intervju som brukes for å kartlegge rusavhengighet, men det er ingen kartlegging av kvantiteten på alkohol- eller rusmisbruket (McLellan et al., 1992). Intervjuet består av ulike deler som tar for seg spørsmål knyttet til bestemte områder (fysisk tilstand, arbeid og forsørgelse, bruk av alkohol og stoff/medikamenter, lovbrudd, familiehistorie, familie og sosiale relasjoner, psykisk tilstand). For å få mer utfyllende opplysninger om mødrene i dette prosjektet, ble det utarbeidet to tilleggsskjema av prosjektgruppen. Disse ble kalt Rapportskjema for gravide, og tilleggsASI.

Millon's Clinical Multiaxial Inventory – III

”Millon's Clinical Multiaxial Inventory – III” (MCMI – III) er et selvrapporteringskjema som måler personlighetsmønstre og kliniske syndromer. Det inneholder 175 vanlige utsagn om holdninger og følelser. Disse utsagnene skåres enten ”Stemmer” eller ”Stemmer ikke”. Responsene fra MCMI – III gir skårer i følgende kategorier: kliniske personlighetsmønstre, alvorlig personlighetspatologi, kliniske syndromer, alvorlige kliniske syndromer, samt modifierende faktorer (Millon, Millon, Davis og Grossman, 1997). MCMI – III ble administrert til deltagerne for å undersøke tilstedeværelsen av psykiatriske vansker.

Optimalitetsindeks

For å kartlegge grad av optimalitet hos mødrene, har det i prosjektet blitt utarbeidet en optimalitetsindeks (i tråd med Prechtl, 1980). Optimalitetsindeksen er konstruert på grunnlag av opplysninger fra EuropASI, tilleggsASI, Rapportskjema for gravide, og MMCI – III. Den generelle optimalitetsindeksen består av 85 spørsmål. Denne indeksen er videre delt inn i 5 underindekser om rusbruk, psykiske vansker, sosialt nettverk, tidligere relasjonserfaringer og SØS. Hvert spørsmål har dikotome svar som viser om det er optimalt eller ikke optimalt. Eksempelvis er det mer optimalt ikke å røyke enn å røyke. Optimale svar gis ett poeng, mens ikke optimale svar skåres 0. Summen av optimale forhold utgjør optimalitetsindeksen, og sier noe om antall ressurser moren har til rådighet. Lite optimalitet indikerer dermed flere risikofaktorer, slik at optimalitetsindeksen kan brukes for å finne ut om antallet risikofaktorer, eller fravær av optimalitet, har betydning for grad av reguleringsvansker. Skjemaet ”Optimalitetsindeks” er vedlagt side 72.

8.1.2 Spørreskjema 3 måneder postpartum

The Edinburgh postnatal depression scale (EPDS)

The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) ble utviklet av Cox, Holden og Sagovsky i 1987. De ønsket å utvikle et selvrapporteringskjema for å fange opp mødre som var deprimerte etter fødsel (Cox et al., 1987). Det som skiller denne depresjonsskalaen fra andre kjente depresjonsskalaer, er at EPDS ikke inneholder noen kroppslige symptomer som for eksempel tretthet, endringer i søvnvaner, lite energi, endringer i appetitt og seksuell lyst. Slike symptomer kan være naturlig relatert til fødsel og barseltid (Eberhard-Gran og Slinning, 2007). Skalaen består av 10 spørsmål hvor kvinnene som blir spurt kan svare på et av fire svaralternativer, fra ”veldig ofte” til ”aldri”. Svarene rangeres på en skala fra 0-3, og totalt sett kan det bli gitt mellom 0 og 30 poeng. En høy skåre på denne skalaen vil indikere depresjon. Terskelverdien for å indikere at det foreligger en depresjon, er satt til en sumskåre på 12. Dette er ut i fra funn Cox et al. (1987) gjorde som indikerte at kvinner som skåret 12/13 hadde størst sannsynlighet for å lide av en depressiv tilstand av varierende alvorlighetsgrad. Det viser seg at et passende tidspunkt å gjøre denne screeningen er 6 uker etter fødsel (Eberhard-Gran og Slinning, 2007). Det er allikevel et poeng ikke å gi EPDS for tidlig etter fødselen fordi denne perioden kan være ekstra krevende for noen, og fordi det er en overgangs- og tilpassningsfase. Det kan være en økt forekomst for barseldepresjon i 5 måneder etter fødselen (ibid.).

8.1.3 Spørreskjema da barna var 9 måneder

Infant-Toddler Symptom Checklist

“The Infant-Toddler Symptom Checklist” (IFTSC) (DeGangi, Possion, Sickel og Wiener, 1995) er et screeningverktøy som brukes på barn mellom 7 og 30 måneder. I følge DeGangi et al. skal man ved å bruke sjekklisten kunne identifisere spedbarn som er i risiko for å utvikle forstyrrelser med sensorisk prosessering, oppmerksomhet, emosjonelle vansker og atferdsproblemer. De barna som lander på eller over et bestemt kuttepunkt, blir betraktet som å være i risikozonen, noe som vil indikere at det er behov for videre vurdering. Skjemaet inkluderer ledd som måler faktorene selvregulering, oppmerksomhet, regulering av søvn-våken tilstand, spising eller mating, responser på sensorisk stimulering i form av påkledning, bading og berøring, bevegelse, oppfattelse (språk og lyder), syn, en faktor for tilknytning og emosjonell fungering, og den siste viser til hvor bekymret omsorgspersonen er for de tidligere avkryssede symptomene.

Det finnes flere ulike versjoner av symptomsjekklisten. Disse versjonene er tilpasset ulike aldersgrupper (f. eks. fra 7–9 måneder og fra 10–12 måneder). Det finnes også en generell kartleggingsversjon. Det er denne generelle versjonen som ble benyttet i dette prosjektet da barna var 9 måneder. Uavhengig av versjon, indikerer en høy skåre mer symptomer. Ved en nøye gjennomgang etter at data er samlet inn, viser det seg at noen av spørsmålene i skjemaet som er brukt i dette prosjektet, ikke er med i det aldersspesifikke skjemaet fra 7-9 måneder. Det viser seg også at noen av spørsmålene som er i det aldersspesifikke skjemaet, ikke er med i den generelle versjonen. Dette har ført til at jeg har gjort et valg om å benytte de spørsmålene i den versjonen som er benyttet i prosjektet, og som de aller fleste deltagerne har svart på. Det innebærer at noen av spørsmålene i den generelle versjonen ikke blir del av analysene. I de tilfellene hvor det viste seg at mange av deltagerne av ulike grunner hadde unnlatt å svare på bestemte spørsmål, ble selve spørsmålet fjernet fra analysene. Noen deltagere hadde også unnlatt å svare på enkelte spørsmål. I de tilfellene hvor det manglet svar, ble dette erstattet med deltagerens eget gjennomsnitt i den faktoren hvor spørsmålet hørte til. For eksempel dersom deltageren hadde besvart 3 av 4 spørsmål på en faktor, ble den utelatte responsen erstattet med gjennomsnittet av de tre spørsmålene som var besvart. I noen få tilfeller hvor det kun var ett spørsmål i en faktor, erstattet jeg svaret som manglet ved å benytte gjennomsnittet for de andre deltagerne i samme gruppe. Begrunnelsen for å erstatte responser på denne måten, er at jeg ser gevinsten av å få benyttet alle responsene som er samlet inn som større enn problemene ved å erstatte noen av svarene som er utelatt på

enkelte spørsmål. IFTSC med markeringer for hvilke spørsmål som er grunnlag for analysene i denne oppgaven er vedlagt på side 80. Her har jeg markert de spørsmålene som er grunnlag for analysene med gult, mens de spørsmålene som skulle ha vært en del av analysene, men som ble slettet på grunn av for mange manglende svar, er markert med grønt.

8.1.4 Spørreskjema da barna var 1 år

Parenting Stress Index

Parenting Stress Index (PSI) ble utviklet av Abidin i 1986. Skjemaet består av 120 spørsmål, og er laget som et screening- og et diagnostisk instrument som måler den relative mengden stress som er i foreldre – barn systemet (Loyd og Abidin, 1985). Skjemaet er oversatt til norsk av John A. Rønning ved avdeling for barne- og ungdomspsykiatri, Universitetet i Tromsø. Skjemaet måler både karakteristikk ved barnet, karakteristikk ved foreldrene, og situasjonelt/demografisk livsstress (Abidin, 1995). Det er den delen som omhandler karakteristikk ved foreldrene som er grunnlag for mine analyser. Spørreskjemaet benyttes oftest som et instrument for tidlig å identifisere foreldre – barn systemer som er under stress, og som derfor er i risikozonen for å utvikle dysfunksjonell foreldreatferd, samt atferdsproblemer hos barna som er involvert (Loyd og Abidin, 1985). Spørsmålene som er direkte rettet mot foreldrene, måler foreldrenes opplevelse av stress på områdene kompetanse, rollerestriksjon, ektefelle, isolasjon og helse. I tillegg er det en total skåre på foreldredomenet som viser den totale mengden opplevd stress i foreldrerollen.

I skåringsmanualen for PSI vektlegges det at man kan erstatte manglende data, men ikke dersom det er flere enn 3 ledd som mangler i et domene, dersom det mangler mer enn 1 ledd fra en underkategori, eller dersom det mangler mer enn 5 ledd fra hele PSI (eksklusiv livsstress skalaen). Ved å følge disse retningslinjene ble noen utelatte responser erstattet for totalt 7 personer. Ingen i utvalget hadde flere enn 5 manglende responser totalt, hvilket innebar at ingen måtte utelates fra analysene på grunn av for mange manglende svar. Noen personer hadde derimot ikke levert inn dette spørreskjemaet, og disse blir ekskludert fra analysene.

Colorado temperamentsskala

Colorado Childhood Temperament Inventory ble utviklet av David C. Rowe og Robert Plomin i 1977. Dette selvrapporteringskjemaet ble utviklet på grunnlag av Buss og Plomin

sin temperamentsteori om personlighetsutvikling, og de ni temperamentstrekk fra New York Longitudinal Study (ibid.). I Buss og Plomin sin temperamentsteori, blir det foreslått fire temperamentstyper som defineres som personlighetstrekk med en arvbar komponent; emosjonalitet, aktivitet, sosiabilitet og impulsivitet. Målet var å utvikle et objektivt instrument som var designet for forskningsmessige årsaker, og som skulle kunne benyttes på barn i alderen 1-6 år (Rowe og Plomin, 1977). Spørreskjemaet om barnets temperament består av 29 spørsmål som kan deles inn i faktorene sosiabilitet, emosjonalitet, aktivitet, reaksjon på mat, oppmerksomhetsspenn og trøstbarhet. Foreldrene skal svare på spørsmål om i hvor stor grad barnet er slik det spørres om, og krysse av på tall fra 1 til 5 hvor 1 er "slett ikke" og 5 er "svært mye".

Noen av deltagerne hadde unnlatt å svare på enkelte spørsmål. På enkelte skjema kom det tydelig frem at de hadde unnlatt å svare fordi de mente det ikke var mulig å svare siden barnet bare var 12 måneder gammelt. Dette gjaldt i hovedsak mødre i rusgruppen. Der det var utelatte responser, besluttet jeg å erstatte de verdiene som manglet ved å ta den gjeldende personen sitt gjennomsnitt av de andre spørsmålene som hørte til den samme faktoren. Dersom en deltager hadde mer enn 4 manglende svar i hele skjemaet, det ble ikke gjort noen erstatninger og deltageren ble ekskludert fra analysene. Dette gjaldt en deltager. Noen få deltagere hadde også krysset av på to svaralternativer på enkelte spørsmål. Her ble det minst ekstreme svaret brukt i analysene. Skjemaet "Temperament Barn" er lagt ved på side 85.

9 Analyser og resultater

Formålet med analysene var, som nevnt innledningsvis, å undersøke følgende tre problemstillinger:

- Problemstilling 1:
 - Hvordan skiller mødrene i de tre gruppene seg fra hverandre når det gjelder optimalitet, angst og depresjon? Og hvordan skiller spedbarna i de tre gruppene seg fra hverandre når det gjelder fødselsstatus, reguleringsevne og temperament?
- Problemstilling 2:
 - Hvilke av de følgende faktorer henger sammen med barnas evne til regulering ved 9 måneder? Mors rapporterte angst/depresjon i svangerskapet, rapportert grad av optimalitet i svangerskapet, barseldepresjon 3 måneder etter fødsel, barnets status ved fødsel, eller barnets temperament?
- Problemstilling 3:
 - Vil mors opplevelse av foreldrestress ved 12 måneder være relatert til grad av optimalitet, angst/depresjon i svangerskapet, barseldepresjon, barnets fødselsstatus, samt barnets evne til regulering og dets temperament, og kan noen av disse variablene predikere grad av foreldrestress?

9.1 Problemstilling 1

For å undersøke den første problemstillingen, brukte jeg OneWay ANOVA med en post hoc test Tukey korreksjon. Signifikansnivået ble satt til $p < .05$.

Mors bakgrunnsdata

Tabell 1 viser antall mødre i de tre gruppene, samt gjennomsnittlig alder, gjennomsnitt av antall år med høyere utdanning, og antall mødre som har partner eller er singel.

Gruppe	Antall	Alder ved	Utdanning	Sivilstatus	
		fødsel		Partner	Singel
1. Rus	26	26,5	0,2	5	21
2. Psykisk helse	22	30	2,6	16	6
3. Normal kontroll	30	33,3	4,6	30	0

Tabell 1. Demografiske data på mødrene

Analysene viste at mors alder ved fødsel var signifikant forskjellig mellom gruppe 1 og gruppe 3. Det var ingen signifikant forskjell mellom risikogruppene, eller mellom gruppe 2 og gruppe 3. Det var derimot signifikant forskjell mellom alle de tre gruppene på antall år på høyskole/universitet ($p < .01$). Det var også signifikant flere enslige mødre i de to risikogruppene ($p < .05$), og når rusgruppen ble sammenlignet med kontrollgruppen ($p < .01$).

Mors psykiske helse

Tabell 2 viser antall mødre i de ulike gruppene, gjennomsnittlig skåre på SCL-25 både for underkategoriene angst og depresjon hver for seg, og for total sum på SCL-25, samt gjennomsnittlig skåre på EPDS.

Gruppe	Antall	Angst i graviditeten	Depresjon i graviditeten	Total sum SCL-25	EPDS
1. Rus	25	5,4	10,8	16,2	4,9
2. Psykiske vansker	22	8,8	19,6	28,3	8,2
3. Normal kontroll	30	1,6	4,9	6,5	2,9

Tabell 2. Tilstedeværelse av angst og depresjon hos mødrene

Gruppe 1 skilte seg signifikant fra gruppe 2 og 3 på angst og depresjon i graviditeten ($p < .05$). Det var også signifikant forskjell på disse områdene mellom gruppe 2 og 3 ($p < .01$). I tillegg viste det seg å være en signifikant forskjell på barseldepresjon mellom gruppe 1 og 2 ($p < .05$),

og mellom gruppe 2 og 3 ($p<.001$), men det var ingen signifikant forskjell mellom gruppe 1 og 3. I de videre analysene valgte jeg å bruke den totale skåren på SCL-25 fordi underkategoriene angst og depresjon er signifikant korrelert ($r=.87$).

Grad av rapportert optimalitet hos mødrene

Tabell 3 viser gjennomsnittlig nivå av total optimalitet hos mødrene, samt underindekser i optimalitetsindeksen som rus, psykiske vansker, nettverk, tidligere relasjonserfaringer og SØS. Jo lavere skåre som vises, jo høyere regner man at fraværet av optimalitet er.

Gruppe	Antall	Total optimalitet	Rus	Psykisk helse	Nettverk	Relasjons- erfaringer	SØS
1. Rus	25	49	21,7	23,2	12,2	4	1,29
2. Psykiske vansker	22	60	28,4	22,2	14,5	5,1	3,55
3. Normal kontroll	30	75,5	30,8	28,9	16,9	5,8	5,83

Tabell 3. Risikofaktorer/grad av optimalitet hos mødrene

Analysene viste at de tre gruppene skiller seg signifikant fra hverandre på total optimalitet, og på underindeksene rus, nettverk og SØS ($p<.001$). De to risikogruppene skiller seg signifikant fra kontrollgruppen på underindeksene psykisk helse og tidligere relasjonserfaringer ($p<.01$), men de to risikogruppene skilte seg ikke signifikant fra hverandre.

Fødselsstatus

Tabell 4 viser gjennomsnittlig gestasjonsalder, fødselsvekt og hodeomkrets hos barna i de tre gruppene.

Gruppe	Antall	Gestasjonsalder	Fødselsvekt	Hodeomkrets
1. Rus	26	39	3303	34,8
2. Psykiske vansker	22	38,6	3357	34,6
3. Normal kontroll	30	40	3720	35,4

Tabell 4. Fødselsstatus

Barna i de to risikogruppene viste seg å ha signifikant lavere fødselsvekt og gestasjonsalder sammenlignet med kontrollgruppen ($p < .05$), men forskjellen mellom de to risikogruppene var ikke signifikant.

IFTSC

På symptomsekklisten (IFTSC) viste det seg at gruppe 2 og 3 skilte seg signifikant fra hverandre på faktorene "Selvregulering", "Oppfattelse", "Bevegelse" og "Sum vansker" ($p < .05$). Gruppe 1 og 2 skilte seg signifikant fra hverandre på faktoren "Bevegelse" ($p < .05$). Det var ingen signifikante forskjeller i barnets reguleringsevne mellom rusgruppen og kontrollgruppen.

Barnets temperament

Det viste seg at rusgruppen skilte seg signifikant fra kontrollgruppen på kategorien "Trøstbarhet" ($p < .05$). Ingen andre signifikante gruppeforskjeller ble funnet i forhold til barnets temperament.

PSI Mor

Analysene viste at de to risikogruppene var signifikant forskjellig på områdene "Rollerestriksjon" og "Sum foreldre" ($p < .01$), og på områdene "Kompetanse" og "Ektefelle" ($p < .05$). Videre skiller rusgruppen seg fra kontrollgruppen på områdene "Kompetanse", "Rollerestriksjon", "Isolasjon" og "Sum foreldre" ($p < .05$). Gruppen med psykiske vansker

var, i likhet med rusgruppen, signifikant forskjellig fra kontrollgruppen på de samme variablene, samt på området "Ektefelle" ($p < .05$). Det viste seg at mødrene med psykiske vansker var de som rapporterte mest stress i forhold til følelse av kompetanse, rollerestriksjon, ektefelle og totalt opplevd stress i foreldrerollen.

Etter å ha analysert hvordan de ulike gruppene skiller seg fra hverandre på ulike bakgrunnsdata og andre mål, anvendte jeg bivariate korrelasjoner og lineær regresjon for videre å undersøke oppgavens neste to problemstillinger.

9.2 Problemstilling 2

Angst/depresjon i svangerskapet og barseldepresjon

Angst og depresjon i svangerskapet ble funnet å være korrelert med reguleringsfaktoren "Bevegelse" ($p < .01$). Barseldepresjon var signifikant relatert til kategorien "Bevegelse" ($p < .05$).

Grad av optimalitet

I forhold til optimalitet var det underindeksene "Psykisk helse" og SØS som ble funnet å være relatert til barnets reguleringsevne målt med IFTSC. En signifikant sammenheng ble funnet mellom indeksen for psykisk helse og "Total bekymring". SØS indeksen var signifikant korrelert med kategoriene "Påkledning" ($p < .01$), "Total bekymring" og "Sum vansker" ($p < .05$).

Fødselsstatus

Analysene viste ingen signifikante korrelasjoner mellom barnets fødselsstatus og reguleringsevne.

Temperament

Flere aspekter ved barnets temperament ble funnet å være relatert til barnas evne til regulering. Temperamentsdimensjonen "Emosjonalitet" korrelerte signifikant med reguleringsmålene "Selvregulering", "Påkledning" og "Sum vansker" ($p < .01$), i tillegg til "Bevegelse" ($p < .05$). Temperamentsdimensjonen "Aktivitet" var signifikant korrelert med

reguleringsmålene "Oppmerksomhet", "Påkledning" og "Sum vansker" ($p < .05$), og temperamentsmålet "Reaksjon på mat" var signifikant korrelert med og "Søvn" ($p < .05$).

9.3 Problemstilling 3

Grad av optimalitet

Det viste seg at flere av underindeksene på optimalitetsindeksen var relatert til opplevd foreldrestress. Den generelle indeksen var signifikant relatert både til "Kompetanse", "Rollerestriksjon" og "Sum foreldre" ($p < .05$), i tillegg til "Isolasjon" ($p < .01$). Indeksen "Psyisk helse" var signifikant relatert til alle målene på foreldredomenet PSI ($p < .01$). "Relasjonserfaringer" var signifikant korrelert med alle målene i foreldredomenet ($p < .01$) med unntak av "Helse" og "Ektefelle". I tillegg var SØS indeksen signifikant relatert til "Rollerestriksjon" og "Isolasjon" ($p < .05$).

Angst/depresjon i svangerskapet og barseldepresjon

Tilstedeværelse av angst/depresjon i svangerskapet viste seg å være signifikant relatert til alle kategoriene i foreldredomenet ($p < .01$). Det samme viste seg i forhold til barseldepresjon ($p < .001$).

Fødselsstatus

Barnets hodeomkrets var signifikant relatert til mors opplevelse av isolasjon og hennes helse ($p < .05$).

Barnets evne til regulering

Flere aspekter ved barnets reguleringsevne ble funnet å være signifikant relatert til opplevelse av stress i foreldrerollen. "Total bekymring" var signifikant relatert til "Isolasjon" og "Helse" ($p < .05$). "Selvregulering", "Bevegelse" og "Sum vansker" var signifikant korrelert med "Ektefelle" ($p < .05$). Tabell 5,6 og 7 nedenfor illustrerer hvilke reguleringsområder hos barnet som var relatert til foreldrenes kompetanse, rollerestriksjon og total sum av opplevd foreldrestress.

Tabell 5 viser foreldrenes opplevelse av kompetanse i forhold til mål på barnas regulering.

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.
1. Kompetanse									
2. Selvregulering	.44**								
3. Oppmerksomhet	.34**	.45**							
4. Spising	.30*	.27*	.36**						
5. Påkledning	.25*	.56**	.26**	.37*					
6. Bevegelse	.44**	.60**	.53**	.27*	.38**				
7. Oppfattelse	.37**	.37**	.36**	.35**	.24*	.48**			
8. Tilknytning	.36**	.48**	.31**	.34**	.41**	.45**	.28*		
9. Total bekymring	.35**	.05	.03	.09	.22	.30*	.14	.15	
10. Sum vansker	.47**	.81**	.55**	.59**	.68**	.75**	.61**	.61**	.26**

** . Korrelasjonen er signifikant på .01 nivå

*. Korrelasjonen er signifikant på .05 nivå

Tabell 5. Kompetanse og regulering

Tabell 6 viser foreldrenes opplevelse av rollerestriksjon i forhold til mål på barnas regulering.

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.
1. Rollerestriksjon								
2. Selvregulering	.35**							
3. Påkledning	.25*	.56**						
4. Bevegelse	.47**	.60**	.38**					
5. Oppfattelse	.46**	.37**	.24*	.48*				
6. Tilknytning	.26*	.48*	.41**	.45**	.28*			
7. Total bekymring	.45**	.05	.22	.29*	.14	.15		
8. Sum vansker	.43**	.81**	.68**	.75**	.61**	.61**	.26*	

** . Korrelasjonen er signifikant på .01 nivå.

*. Korrelasjonen er signifikant på .05 nivå.

Tabell 6. Rollerestriksjon og regulering

Tabell 7 viser hvilke variabler på regulering som er relatert til den totale summen av opplevd stress på foreldredomenet.

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.
1. Sum foreldre								
2. Selvregulering	.39**							
3. Spising	.28*	.27*						
4. Påkledning	.26*	.56**	.37**					
5. Bevegelse	.44**	.60**	.27*	.38**				
6. Oppfattelse	.35**	.37**	.35**	.24*	.48**			
7. Tilknytning	.26*	.48**	.34**	.41**	.45**	.28*		
8. Total bekymring	.36**	.05	.09	.22	.29*	.14	.15	
9. Sum vansker	.44**	.81**	.59**	.68**	.75**	.61**	.61**	.26*

** . Korrelasjonen er signifikant på .01 nivå.

*. Korrelasjonen er signifikant på .05 nivå.

Tabell 7. Sum foreldre og regulering

Barnets temperament

Barnets emosjonalitet fra temperamentsskalaen var signifikant relatert til alle faktorene i foreldredomenet ($p < .01$), med unntak av "Ektefelle". Her var korrelasjonen nesten signifikant ($p = .052$). Temperamentsdimensjonen "Reaksjon på mat" var signifikant relatert til mors helse ($p < .01$), og "Trøstbarhet" var signifikant relatert til mors opplevelse av kompetanse ($p < .05$).

Hva kan predikere foreldrestress?

For å belyse den andre delen av problemstillingen, hvor målet var å undersøke hva som kan predikere foreldrestress målt ved PSI, lagde jeg regresjonsmodeller. I den første regresjonsmodellen var mors opplevelse av kompetanse den avhengige variabelen, og mors angst/depresjon i svangerskapet, samt barnets skåre på temperamentsdimensjonen emosjonalitet, var uavhengige variabler. En lineær regresjonsanalyse viste at mors angst/depresjon bidro uavhengig til å forklare mors opplevde kompetanse ($p < .001$), når det ble kontrollert for barnets emosjonalitet. Barnets emosjonalitet bidro uavhengig til å forklare

mors opplevde kompetanse når mors angst og depresjon ble kontrollert for ($p < .001$). De uavhengige variablene forklarte til sammen 33 % av den totale variansen av mors opplevde kompetanse. Både barnets trøstbarhet ($p < .01$) og barnets evne til selvregulering ($p < .001$) bidro uavhengig til å forklare mors opplevde kompetanse, og forklarte til sammen 29,4 % av den totale variansen på mors opplevde kompetanse. Jeg valgte i disse regresjonsmodellene å bruke temperamentsvariablene emosjonalitet og trøstbarhet som uavhengige variabler, selv om det er et samtidig mål med mors kompetanse. Temperament er som nevnt antatt å ha et biologisk medfødt fundament, og derfor antar jeg at temperament er et stabilt trekk som ikke hadde sett annerledes ut om det hadde blitt målt tidligere i studien.

For å undersøke om noen variabler ved mor eller barn kunne predikere den totale mengden opplevd foreldrestress, laget jeg en regresjonsmodell med "Sum foreldredomenet" som den avhengige variabelen, og mors rapporterte depresjon 3 måneder etter fødsel, samt barnets skåre på faktoren "Selvregulering" som uavhengige variabler. Det viste seg at mors rapporterte depresjon 3 måneder etter fødsel og barnets selvregulering bidro uavhengig til å forklare mors opplevelse av stress i foreldrerollen ($p < .001$), til sammen forklarte de 37,3 % av den totale variansen på mors opplevelse av stress i foreldrerollen.

10 Diskusjon

Grad av optimalitet, psykiske vansker og barseldepresjon

Resultatene viste at mødrene og barna i de ulike gruppene skilte seg signifikant fra hverandre på deskriptive data, regulering, temperament og stress. Mødrene i risikogruppene skilte seg fra kontrollgruppen i forhold til lavest grad av optimalitet. Rusgruppen var som forventet den gruppen som hadde lavest optimalitet. Blant annet var mødrene i denne gruppen betydelig yngre, hadde færrest antall år med utdanning, og det var flest enslige mødre i denne gruppen i forhold til de andre gruppene. Det sistnevnte er viktig å være oppmerksom på blant annet fordi kvinner som blir forlatt, eller aldri har hatt noen fast partner til barnet, utgjør en risikogruppe når det gjelder både egen og barnets psykiske helse og utvikling (Slinning og Eberhard-Gran, under publisering). Mødrene i rusgruppen hadde også lavere optimalitet på underindeksene som omhandlet mors nettverk og sosioøkonomiske status (SØS). Disse funnene var ikke overraskende i forhold til hva som var rimelig å anta ut i fra kunnskap om at rusmisbruk er assosiert med en rekke andre risikofaktorer (f. eks Eiden et al., 2007; Eiden et al., 2009; Hans og Jeremy, 2001; Moe og Slinning, 2002).

Et interessant funn var at begge de to risikogruppene skåret høyt på både angst og depresjon i svangerskapet i forhold til kontrollgruppen. Det var også interessant at de to risikogruppene ikke skilte seg fra hverandre i stor grad på underindeksen "Psykisk helse" i optimalitetsindeksen. Dette kan tyde på mødrenes rapporterte vansker i noen grad er overlappende, og at det ikke er knyttet direkte til gruppetilhørigheten i seg selv, noe som er i overensstemmelse med annen forskning som viser at det er høy komorbiditet mellom rusmisbruk og psykiske vansker (Beckwith et al., 1999; Chander og McCaul, 2003; Eiden et al., 2007; Hartwell, Tolliver og Brady, 2009; Howard, Beckwith, Espinosa og Tyler, 1995; Moe et al., under publisering; Nair, Schuler, Black, Kettinger og Harrington, 2003). Resultatene viste også at mors grad av angst/depresjon i svangerskapet, barseldepresjon, samt underindeksene "Psykisk helse" og SØS hadde sammenheng med mål på regulering hos barnet. Holme, Slinning og Hansen (2010) viser til flere studier som nettopp rapporterer om høyere forekomst av depresjon både i svangerskap og barseltid i grupper med store sosioøkonomiske belastninger. Ved rapportering om grad av depresjon etter fødsel, er den gjennomsnittlige skåren for begge risikogruppene under sumskåren som Cox et al. (1987) hevdet kunne indikere en depressiv tilstand. Dette kan muligens skyldes at mødrene i rusgruppen anser rusproblemene som sitt primære problem, og kanskje de ikke har så god

kontakt med sitt eget følelsesliv. Dette kan medføre en underrapportering av grad av angst og depresjon. En annen mulig forklaring kan være effekt av behandling. Man vet at en stor andel stressende livshendelser kan bidra til depresjon, men det at disse mødrene har vært i rusbehandling kan ha gitt bedre livsbetingelser generelt, slik at eventuell depresjon har lettet. At heller ikke mødrene med psykiske vansker skårer over kuttepunktet (Cox et al., 1987) for klinisk depresjon, kan sannsynligvis skyldes at de har mottatt behandling som har bidratt til en bedring av depresjonen/angsten 3 måneder etter fødsel.

Resultatene kan tyde på at lavere grad av optimalitet/flere risikofaktorer, er relatert til en større opplevelse av stress i foreldrerollen. Både tilstedeværelse av angst/depresjon i svangerskapet, grad av optimalitet, flere underindekser i optimalitetsindeksen som "Psykisk helse", "Relasjonserfaringer" og SØS, samt tilstedeværelse av barseldepresjon, viste seg å være relatert til opplevelse av foreldrestress da barnet var 1 år gammelt. Det var imidlertid gruppen med psykiske vansker som rapporterte mest stress i sin foreldrerolle, mens rusgruppen som nevnt var den som hadde flest risikofaktorer/lavest grad av optimalitet. Samlet sett peker disse funnene på viktigheten av å øke graden av optimalitet hos gravide kvinner i risikogrupper.

Fødselsstatus

Det viste seg at barna i de to risikogruppene i betydelig grad skilte seg fra barna i kontrollgruppen på fødselsstatus. Spedbarna i disse gruppene hadde lavere fødselsvekt enn barna i kontrollgruppen. Dette funnet er i overensstemmelse med tidligere studier som rapporterer at prenatal ruseksponering, og det å ha en deprimert mor i svangerskapet, kan føre til lav fostervekt og fødselsvekt, noe som igjen kan tyde på at barna som er født i risikogruppene har en større biomedisinsk sårbarhet enn barna i kontrollgruppen (Diego et al., 2009; Field et al., 2004; Hoegerman, Wilson, Thurmond og Schnoll, 1990; Kassin og Greenough, 2005; Lester og Tronick, 1994; Moe et al., under publisering; Moe og Slinning, 2001; Moe og Slinning, 2002; Shankaran et al., 2007; Slinning, 2003). Resultatene fra denne studien viste videre at barna i rusgruppen hadde lavest fødselsvekt. Dette kan kanskje henge sammen med at fosteret ble påvirket av mors rusbruk før hun kom i behandling. Denne prenatale eksponeringen kan ha hatt en negativ innvirkning på fosterets vekst, og kan ha vært mer uheldig enn det å bli eksponert for den biokjemiske ubalansen hos en deprimert mor (jamfør Field, 2000). Dette kan indikere at det er viktig å intervenere tidlig i svangerskapet for

i størst mulig grad å forhindre at fosteret blir eksponert for rusmidler, og for å fremme fosterets utvikling.

Som tidligere nevnt viser andre studier at dårlig fostervekst er assosiert med vansker knyttet til det å regulere aktivitet, og det å utvikle strategier for selvregulering i spedbarnsalderen (Eiden et al., 2009). Barn som er født med høyere biomedisinsk risiko grunnet prenatal ruseksponering, er også funnet å være mer disponert for å utvikle reguleringsvansker (se blant annet Lester og Tronick, 1994). Overraskende nok viste det seg at barnas fødselsstatus ikke korrelerte med reguleringsmål i den gjeldende studien.

Barnets hodeomkrets ved fødsel viste seg å være signifikant relatert til mors opplevelse av isolasjon og hennes helse. Mindre hodeomkrets hos barnet ved fødsel var assosiert med at mor opplevde større grad av isolasjon, og at hun rapporterte dårligere helse da barnet var 1 år. Liten hodeomkrets kan, som tidligere nevnt, indikere betydelige strukturelle effekter på hjernen (Moe og Slinning, 2001; Moe og Slinning, 2002).

Temperament

Resultatene fra denne studien viste at mødrene med psykiske vansker ikke rapporterte om særlig grad av utfordringer med barnas temperament. Som tidligere nevnt vil eksponering for et forhøyet kortisolnivå før 32. svangerskapsuke ikke medføre en like stor betydning for barnets temperament som etter dette tidspunktet (Davis et al., 2007). Det at deltagerne i gruppen med psykiske vansker fikk behandling i svangerskapet, kan kanskje ha bidratt til å senke mødrenes kortisolnivå. Kan dette være en mulig årsak til at mødrene i denne gruppen ikke rapporterte større grad av utfordringer med barnets temperament enn det som ble gjort her? Eller kan det være slik Whiffen og Gotlib (1989) hevdet, at deprimerede mødre ikke relaterer vansker de har med sine barn til barnets temperament?

Funnene viste også at flere aspekter ved barnets temperament kunne relateres til rapporterte reguleringsvansker. Risikogruppene skilte seg fra hverandre på faktoren "Bevegelse" i symptomsjekklisten, og i tillegg var temperamentsdimensjonen "Emosjonalitet" relatert til denne faktoren. Som nevnt tidligere hevdet DeGangi et al. (1991) at barn blant annet må utvise vansker i forhold til opplevelser som er knyttet til lek som gir en sensorisk utfordring, for at de skal kunne kalles reguleringsforstyrrede. Faktoren "Bevegelse" er knyttet til om barnet er motorisk urolig, liker karuseller, det å bli kastet opp i luften etc. At denne faktoren henger sammen med mors angst/depresjon i svangerskapet, barnets emosjonalitet, samt opplevelse av stress i foreldrerollen, kan tyde på at barna kan ha med seg

en sårbarhet i forhold til hvor mye stimuli som skal til før det oppleves som ubehagelig. At det var gruppen med psykiske vansker som viste seg å rapportere flest symptomer på dette området, var noe uventet ut i fra kunnskap om at ruseksponerte barn kan ha en hypo- eller hypersensitivitet for stimulering. Carr og Bendersky (2006) påpeker at spedbarn med et vanskelig temperament i større grad enn spedbarn som karakteriseres som lette, vil sjekke ut med samspillspartner i situasjoner hvor de er usikre, såkalt sosial referering. Dette kan også være tilfelle for barn med en øket biomedisinsk sårbarhet, selv om de ikke oppfattes som å ha et vanskelig temperament. Kanskje får barna av de deprimerede mødre lite respons når de bruker mødrene som støtte i den sosiale refereringen (i tråd med Papoušek og von Hofacker, 2008; Tronick, 1989), noe som kan gjøre dem usikre i lek som gir sensoriske utfordringer, og at dette kan uttrykkes i form av negativ emosjonalitet?

Tidligere ble det også nevnt at eksponering for rus i hele svangerskapet vil føre til mer vansker enn dersom det ufødte barnet bare eksponeres i 1. trimester, og at dette igjen vil føre til mer vansker enn ikke å bli eksponert (Richardson et al., 2008). Resultatene fra denne studien viste at barnets temperament var forskjellig mellom rusgruppen og kontrollgruppen på faktoren "Trøstbarhet". Dette er i tråd med tidligere studier hvor det er vist at barn født av rusmisbrukende mødre kan ha en høyere autonom reaktivitet, at de har mindre evne til å regulere og roe seg selv, og at de er mindre mottakelige for å bli roet av omsorgspersoner på grunn av sin biomedisinske sårbarhet (Austin et al., 2005; DeGangi et al., 1991; DiPietro et al., 1996; Slinning, 2003; Weiss et al., 2007). Dette kan også sees i sammenheng med min tidligere antagelse om at barn født av rusmisbrukende mødre, selv om de ikke har NAS, vil kunne være mer sensitive for stimuli sammenlignet med andre barn. Mødre som skal hjelpe slike barn til å regulere, må ha en kunnskap om hvordan dette skal gjøres, og en forståelse for barnets terskel for stimulering. Denne forståelsen, og det å kunne hjelpe barna på best mulig måte, krever at mødrene er sensitive. Som nevnt tidligere, er rusavhengige mødre og mødre med psykiske vansker funnet å være mindre sensitive og responsive for sine spedbarns signaler (Beckwith et al., 1999; Bornstein og Tamis-LeMonda, 1990; Espinosa et al., 2001; Hans et al., 1999; Mayes et al., 1997; Moe et al., under publisering; Suchman et al., 2005). Dette vil være lite heldig med tanke på at disse mødrene har større sannsynlighet for å få barn som er sårbare og har et ekstra stort behov for en sensitiv omsorgsperson. At moren ikke klarer å roe/trøste barnet, kan også gå ut over hennes følelse av mestring og kompetanse, og hennes intuitive omsorgskompetanse vil kanskje settes på prøve. Måten omsorgsgiver reagerer på, og håndterer utfordrende atferd hos spedbarn, uavhengig av om barnet har blitt

eksponert for rusmidler eller ikke, viser seg å påvirke spedbarnets utvikling (Sheinkopf et al., 2006). Dette kan bygge opp under antagelsen om at regulering og temperament er aspekter ved et menneskes personlighet som er gjensidig avhengig av hverandre.

Buss og Plomin sitt begrep emosjonalitet kan, som tidligere nevnt, relateres til Thomas og Chess sin kategori ”vanskelig temperament” (Bates, 1987; Mathiesen og Prior, 2006). Negativ emosjonalitet identifiseres som en grunnleggende temperamentsdimensjon (Rothbart og Bates, 1998). At dimensjonen ”Emosjonalitet” viser seg å være signifikant korrelert med flere reguleringsmål, er også interessant i forhold til funn som er gjort i studier nevnt tidligere, hvor det er vist at barn som rapporteres å ha høy grad av negativ emosjonalitet, også viser seg å ha flere vansker med regulering enn barn som ikke har høy grad av negativ emosjonalitet (vanskelig temperament) (Bates et al., 2009; Mathiesen og Prior, 2006; Thomas og Chess, 1977). Tronick og Reck (2009) fant at spedbarn av deprimerede mødre viser negative emosjonelle tilstander som også preger deres interaksjoner med andre, og som igjen øker deres affektive vansker. Dette kan indikere at barna som oppfattes som å ha høy grad av negativ emosjonalitet, også har flere symptomer på reguleringsvansker. Dette kan igjen bety at de har et større behov for reguleringshjelp enn barn som ikke har slik høy grad av negativ emosjonalitet, en antagelse som til en viss grad støttes av resultatene fra denne studien.

Temperamentsdimensjonen ”Aktivitet” var også relatert til flere mål på barnets symptomer på reguleringsvansker; både oppmerksomhet, påkledning, og den totale summen opplevde vansker. En mulig forklaring på dette kan være at et barn som oppfattes som veldig aktiv kan ha problemer med å fokusere sin oppmerksomhet, og å være urolig når det blir kledd på. I tillegg kan foreldrenes opplevelse av barnas aktivitet i forhold til hva de antar er normalt, ha en betydning.

Tidligere stilte jeg også spørsmålet om temperament har en rolle i reguleringsforstyrrelser. Resultatene i denne studien viste at man til en viss grad kan si at temperament kan antas å ha en rolle i reguleringsvansker, i hvert fall temperamentsdimensjonene ”Emosjonalitet”, ”Aktivitet” og ”Reaksjon på mat”. Dette kan sees i sammenheng litteratur som er gjennomgått tidligere hvor det har blitt vist at evne til regulering kan sees i sammenheng med temperament (Bates et al., 2009; Calkins og Marcovitch, 2010; Calkins, 2009; Davis et al., 1997; Olafsen, 2008; Smith og Ulvund, 1999; Stifter og Braungart, 1995). Alle disse temperamentsdimensjonene kan oppleves som utfordrende for foreldre dersom de opplever at barna har høy grad av negativ emosjonalitet, at

barna oppfattes som under- eller overaktive, og dersom de for eksempel ikke godtar å prøve ny mat slik at spisesituasjoner blir en utfordring, både for foreldre og barn. I hvilken grad barnas reaktivitet kommer til uttrykk på disse områdene, vil kunne påvirke omgivelsens oppfatning av barnet på ulike måter, noe som kan føre til at barnets temperament, og temperamentets uttrykk, kan forsterke oppfattelsen om at barnet har vansker med regulering.

Opplevelse av stress i foreldrerollen

Resultatene viste som nevnt at både grad av optimalitet, flere av underindeksene på optimalitetsindeksen, tilstedeværelse av angst og depresjon i svangerskapet, barseldepresjon, samt barnets temperament og evne til regulering på ulike måter var relatert til mors opplevelse av stress i foreldrerollen. Gruppene skilte seg også fra hverandre på opplevelse av stress, hvor risikogruppene rapporterte om mer stress enn kontrollgruppen. Det var gruppen med psykiske vansker som rapporterte om størst opplevelse av stress. At risikogruppene skiller seg signifikant fra kontrollgruppen på området "Isolasjon" er et viktig funn i tråd med Moe et al. (under publisering) som peker på at isolasjon kan føre til tilbakefall til rus og depresjon. Dette indikerer at det er viktig å hjelpe mødre i slike grupper til å knytte nettverk slik at de får mulighet til å komme seg ut og ikke blir isolert. Gruppebehandling hvor mødre og spedbarn i risikogrupper kommer sammen med andre som har lignende livssituasjoner, kan være et bra tiltak. Som nevnt har mødrene i risikogruppene færre antall år med utdanning, dårligere sosioøkonomisk status, og mindre nettverk enn mødrene i kontrollgruppen. Det kan også være viktig å motivere mødrene i disse risikogruppene til å ta en utdanning eller får seg en jobb etter at barseltiden er over. Dette kan gjøre at de får mulighet til å øke sin sosioøkonomiske status, etablere et nettverk, og dermed redusere graden av isolasjon, noe som kanskje også kan bidra til å redusere deres opplevelse av stress i foreldrerollen.

Det viste seg at mors opplevelse av rollestriksjon var signifikant relatert til hennes angst/depresjon og psykiske helse i svangerskapet, barseldepresjon, grad av optimalitet, samt sosioøkonomisk status og tidligere relasjonserfaringer (i tråd med Silver, Bauman og Weiss, 1999; Wallander og Venters, 1995). Disse resultatene viser dermed at depressive symptomer hos mor både i og etter graviditeten, kan sees i sammenheng med hennes følelse av restriksjon i sin foreldrerolle da barnet var 1 år. Det har vist seg at følelse av rollestriksjon reduseres etter behandling for depressive symptomer (Kern et al., 2004).

Det viste seg å være mødrene med psykiske vansker som rapporterte høyest grad av total bekymring for barnets symptomer på reguleringsvansker. En mulig årsak til dette kan

være at mødrene er usikre på seg selv og sin egen kompetanse som mor, og at de av denne grunn blir mer bekymret for sine barn. I tillegg kan de oppleve barnets atferd som mer utfordrende enn de ville gjort dersom de ikke hadde vært deprimerte, slik at de av den grunn rapporterte om mer symptomer. I hvilken grad mødrene har tro på at de mestrer foreldrerollen og ser seg selv som kompetente omsorgspersoner, kan kanskje sees i sammenheng med i hvilken grad de oppfatter atferd hos barnet som vansker med regulering (i tråd med Teti og Gelfand, 1991).

Som tidligere nevnt hevder Papoušek (2008) at intuitiv omsorgskompetanse kan bli påvirket av foreldrenes psykologiske tilstand. Resultatene fra den gjeldende studien, viser at mødrene i risikogruppene er de som rapporterer mest stress i forhold til sin opplevelse av kompetanse, og at mødrene med psykiske vansker også her er de som i størst grad skiller seg fra kontrollgruppen. Dette kan sees i sammenheng med Papoušek sin kommunikasjonssentrerte systemiske modell, der det vektlegges at både samregulering og dysregulering kan påvirkes av morens intuitive omsorgskompetanse og av spedbarnets evne til selvregulering. Kanskje mødrene med psykiske vansker er mer bevisste på at de ikke strekker til enn mødrene med rusproblemer? Tidligere studier har vist viktigheten av tidlig intervensjon for å øke deprimerte mødres sensitivitet overfor sine spedbarn, og øke deres tro på seg selv som en kompetent omsorgsperson (van Doesum, Hosman, Riksen-Walraven og Hoefnagels, 2007).

Det viste seg at også barnets reguleringsevne var signifikant relatert til foreldrenes følelse av kompetanse og rollerestriksjon, samt den totale opplevelse av stress i foreldrerollen. I tillegg var også noen av reguleringsmålene signifikant relatert til foreldrenes opplevelse av isolasjon, deres helse og forholdet til ektefellen. At flere av målene på regulering var relatert til mødrenes opplevelse av seg selv som en kompetent omsorgsperson, er interessant. Dette kan sees i sammenheng med at de mødrene som opplever flest symptomer på vansker hos sine barn, og som ikke klarer å hjelpe de tilstrekkelig, vil kunne føle seg mindre kompetente enn mødre som ikke opplever like mange symptomer, eller som opplever at de klarer å hjelpe barna med å regulere seg. Barnets temperament i forhold til grad av trøstbarhet var også relatert til mors følelse av kompetanse. Dette kan sees i sammenheng med studier nevnt tidligere, som peker på at barn som har blitt eksponert for rusmidler og psykiske vansker i fosterlivet rapporteres som mindre trøstbare enn andre (Austin et al., 2005; DeGangi et al., 1991; DiPietro et al., 1996; Lester et al., 1992; Slinning, 2003; Weiss et al., 2007). Dersom mor føler at hun ikke klarer å trøste barnet sitt, kan det føre til at hun sitter med en følelse av

utilstrekkelighet. For en mor som har psykiske vansker eller som har misbrukt rusmidler i svangerskapet, kan dette være en ekstra belastning. Kanskje har moren allerede dårlig samvittighet for at barnet ikke hadde et optimalt miljø i løpet av svangerskapet? Det viste seg også at temperamentsdimensjonen emosjonalitet hos barnet var signifikant relatert til mors følelse av kompetanse. Dersom barnet oppleves å ha høy grad av negativ emosjonalitet vil dette kunne oppleves som en utfordring for mødrene. Dette kan underbygges med en studie gjort av Gowen, Johnson-Martin, Goldman og Appelbaum (1989) som fant at mødrenes følelse av omsorgskompetanse ble predikert av blant annet barnets grad av irritabilitet.

Det viste seg også at flere av målene på regulering var signifikant relatert til mødrenes rapportering av stress i relasjonen til ektefellen. En mulig forklaring kan være at de mødrene som rapporterer høyest grad av stress på dette området kanskje regnet med mer hjelp fra sine ektefeller til å ta seg av spedbarna enn det som ble tilfelle. Kanskje har et dårlig forhold til ektefellen gått ut over mødrenes mentale tilstedeværelse og dermed sensitivitet i forhold til barna? I tillegg kan det være slik at de som har en stabil ektefelle ser på denne som en ressurs, mens en ektefelle som selv har rusproblemer eller psykiske vansker vil bli en tilleggsbelastning for moren. Resultatene viste videre at det var mødrene med psykiske vansker som rapporterte høyest grad av stress også i forholdet til sin ektefelle. Det kunne vært interessant å se på hvordan fedrene rapporterte opplevelse av stress i forhold til en deprimert ektefelle, og i tillegg se om fedrene selv sliter med psykiske vansker, noe som vil indikere at mor og far ikke finner støtte i hverandre, noe som igjen vil kunne påvirke barnet. Flertallet av mødrene i rusgruppen bodde uten partner, og dette kan være en medvirkende årsak til at de ikke rapporterer like stor grad av stress på dette området som mødrene med psykiske vansker.

Resultatene viste at det var flere aspekter ved både mor og barn som predikerte mors totale opplevelse av stress i foreldrerollen. Både mors angst/depresjon i svangerskapet, barseldepresjon, barnets emosjonalitet, trøstbarhet og evne til selvregulering predikerte den totale opplevelsen av foreldrestress og stress i forhold til opplevd kompetanse da barna var 1 år. Dette indikerer at både aspekter ved mors psykiske helse samt barnets fungering påvirker mors opplevelse av stress når barnet er 1 år (i tråd med Dix og Meunier, 2009; Papoušek, 2008). Disse resultatene er i samsvar med tidligere studier som har funnet lignende sammenhenger (Gowen et al., 1989; Leigh og Milgrom, 2008; Saisto, Salmela-aro, Nurmi og Halmesmäki, 2008; Secco og Moffatt, 2003; Webster-Stratton, 1990; Williford, Calkins og Keane, 2007).

Reguleringsforstyrrelser

Resultatene viste som nevnt at det var mødrene med psykiske vansker som rapporterte flest symptomer på vansker med regulering hos sine barn. Det viste seg også at det ikke var noen signifikant forskjell mellom rusgruppen og kontrollgruppen. Ville noen av barna i prosjektet som er grunnlag for denne oppgaven blitt klassifisert som reguleringsforstyrrede? Ut i fra de data som er lagt til grunn her, er det ikke mulig å si om barna tilfredsstiller kravene til en reguleringsforstyrrelsesdiagnose ut i fra DC: 0-3R. Som nevnt tidligere må de atferdsmønstre som er karakteristiske for denne forstyrrelsen være til stede på tvers av situasjoner og sosiale forhold, noe disse data ikke gir grunnlag for å si noe om. DeGangi et al. (1995) hevdet som tidligere nevnt, at symptomsjekklisten skal fungere som et verktøy for identifisere spedbarn som er i risiko for å utvikle reguleringsforstyrrelser. Den er dermed ikke et verktøy for å sette diagnoser. Det er heller ikke mulig å si at barna har en forstyrrelse i atferds- og emosjonsregulering ut i fra Papoušek sin forståelse, selv om funnene jo kan tyde på at det er flere utfordringer i forhold til regulering og temperament i de to risikogruppene enn i kontrollgruppen, og at foreldrenes opplevelse av vansker vil kunne påvirke deres samspill med barnet slik at det kan oppstå en dysregulering, slik at det man vil karakterisere som en forstyrrelse i atferds- og emosjonsregulering vil kunne oppstå.

Et uventet funn er at det ikke var noen sammenheng med mors bruk av rusmidler i graviditeten og barnas evne til regulering. Tidligere ble det nevnt at kokainmisbruk under graviditeten kunne påvirke nevroregulatoriske mekanismer som kunne resultere i forstyrrelser med atferdsregulering i spedbarnsalderen, og at "The four A's of infancy" var de som ville bli mest påvirket av prenatal ruseksponering (Lester og Tronick, 1994), i tillegg til andre studier som viste at ruseksponering kunne ha innvirkning på barnets regulering og temperament (Mayes et al., 1995; Richardson et al., 2008; Richardson et al., 2009).

Resultatene fra denne delstudien peker på viktigheten av tidlig intervensjon i forhold til gravide kvinner i risikogrupper. Det er mulig å stille seg spørsmålet om hvordan det hadde sett ut dersom deltagerne i prosjektet hadde fått hjelp enda tidligere. Ville de forskjellene som var mellom gruppene blitt enda mindre? Det er i hvert fall ikke urimelig å anta at disse forskjellene ville vært større dersom mødrene ikke hadde fått hjelp i svangerskapet. Tidlig identifisering av deprimerede mødre har vist seg å ha en positiv effekt på depressive symptomer (Morrell et al., 2009; Wickberg og Hwang, 1996) noe som igjen vil ha en positiv effekt på det ufødte barnet, spedbarnet, og forholdet mellom mor og barn både i graviditeten og etter fødselen.

10.1 Begrensninger

Det er noen begrensninger knyttet til denne studien. Usikkerheten i forhold til rapportering av faktisk rusbruk kan sees som en begrensning. Man skal ikke utelukke muligheten for at mødrene i rusgruppen har rapportert mindre bruk enn det som faktisk var tilfelle. På den annen side kan det at jeg ikke fant noen sammenheng mellom rusindeksen og barnas evne til regulering, barnas temperament, eller med opplevelse av stress i foreldrerollen, tyde på at de har rapportert sannferdig. Likevel kunne mer objektive målemetoder slik som biologiske prøver kanskje ha gitt enda mer reliable mål, både i forhold til type og mengde av rusmiddelmisbruk. Videre kan det være en mulighet for at det er en underrapportering av depresjon og psykiske vansker, spesielt blant gruppen med rusproblemer.

Det at mødrene ikke hadde svart på alle spørsmålene i symptomsjekklisten, og spesielt det at de hadde unnlatt å svare på så mange spørsmål i forhold til tilknytning og emosjonell fungering, kan ha påvirket resultatene. Flere tydelige vansker kunne kanskje ha fremkommet dersom alle spørsmålene hadde blitt inkludert, og dersom de aldersspesifikke spørreskjemaene hadde blitt benyttet for å unngå misforståelser i forhold til hvilke spørsmål som skulle besvares.

Når man måler temperament og regulering hos små barn er det viktig å være klar over problemene knyttet til måleinstrumentene - er det barnets evne til regulering man måler, er det barnets temperament som gjør at barnet rapporteres å være som det er, eller er det i det hele tatt barnet som måles? Kanskje er det bare foreldrenes oppfattelse som fanges opp av de ulike spørreskjemaene? Observasjonsmål når det gjelder barnets regulering og temperament kunne kanskje gitt mer reliable målinger, i tillegg til foreldrenes vurderinger av spedbarna.

En annen begrensning er at kun mødrene er inkludert. Grunnen til dette er at de fleste av mødrene i rusgruppen er alene med barna sine. Dersom fedrene hadde blitt inkludert, ville det kanskje vært mulig å se sammenhenger enda mer tydelig enn det som var tilfelle i det gjeldende utvalget. Det ville også vært mulig å se om foreldrene var enige i sin opplevelse av barnets symptomer på reguleringsvansker og barnets temperament, slik at man med noe større grad av sikkerhet kunne sagt at det ikke bare var den enkelte foreldres opplevelse som kom til uttrykk, men karakteristikk ved barnet.

Gruppene i dette prosjektet er relativt små, noe som gir mindre statistisk styrke. Manglende sammenhenger kan ha sin årsak i at effektene var for små til å slå ut, selv om de kanskje er der. Det kunne vært interessant å gjøre en studie på et lignende utvalg, inkludere både mor og far, og måle barnets evne til regulering ved flere tidspunkt for mer tydelig å få

fram hvordan det å bli eksponert for rusmidler eller en deprimert mor i svangerskapet kan virke på et barns reguleringsevne og temperament.

11 Avslutning

Gjennomgående har det i denne delstudien vist seg at mødre i risikogruppene har lavere grad av optimalitet/flere risikofaktorer i miljøet enn hva kontrollgruppen har. Samtidig viste det seg at det ikke var noen enkel, direkte sammenheng mellom lav grad av optimalitet hos mødrene, og grad av vansker mødrene rapporterte hos barna. Samtidig var det likevel slik at mødrene i de to risikogruppene rapporterte om mer utfordringer i forhold til regulering av barna, og opplevelse av foreldrestress enn kontrollgruppen. Det var imidlertid noe uventet at gruppen med psykiske vansker gjennomgående rapporterte om flest symptomer og mest stress sammenlignet med rusgruppen. Gruppen med rusproblemer rapporterte imidlertid flest utfordringer i forhold til barnets trøstbarhet.

Rusmiddelbruk og psykiske vansker i svangerskapet er tabubelagte tema, og det mangler evidensbaserte støttetiltak, særlig når det gjelder sped- og småbarnsforeldre med sammensatt problematikk (Moe et al., 2010). Det er derfor viktig med studier på slike risikogrupper for å få mer kunnskap, og for å kunne etablere et godt behandlingstilbud. Kunnskap fra denne delstudien vil kunne bidra til å danne grunnlag for tidlig intervensjon, da resultatene som er presentert i denne oppgaven på flere måter støtter opp under viktigheten av dette i forhold til gravide kvinner i risikogrupper. Tidlig intervensjon i forhold til gravide kvinner som misbruker rusmidler i svangerskapet kan kanskje forhindre videre bruk av rusmidler mens de er gravide. Resultatene fra denne studien påpeker også viktigheten av tidlig intervensjon hos gravide kvinner med psykiske vansker, både for å jobbe med mors depresjon, men også for å jobbe i forhold til mors sensitivitet overfor barnet etter fødsel, for eksempel i form av samspillsveiledning. Dette er viktig både for å styrke mors foreldrekompetanse og for barnets videre utvikling. Det ser ut til at det å bedre optimaliteten i mødrenes og barnas liv kan være av betydning for å få til en best mulig relasjon mellom mor og barn (i tråd med Tronick og Beeghly, 1999). Resultatene fra denne delstudien understreker viktigheten av at omsorgspersoner ser sine barn og deres behov, og hjelper barna med å overkomme sine vansker. Det understreker viktigheten av at mødre føler seg sett, møtt og hjulpet i graviditeten, slik at de selv på best mulig måte kan se og hjelpe sine spedbarn.

Litteraturliste

- Abidin, R. R. (1995). Parenting stress index. 3rd ed. Odessa, FL.: Psychological Assessment Resources, Inc.
- Auerbach, J., Faroy, M., Ebstein, R., Kahana, M. & Levinde, J. (2001). The association of the dopamine D4 receptor gene (DRD4) and the serotonin transporter promoter gene (5-HTTLPR) with temperament in 12-month-old infants. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42(6), 777 – 783.
- Austin, M-P., Hadzi-Pavlovic, D., Leader, L., Saint, K. & Parker, G. (2005). Maternal trait anxiety, depression and life event stress in pregnancy: relationships with infant temperament. *Early Human Development*, 81(2), 183 – 190.
- Azak, S. (under publisering). Sped- og småbarn med deprimerte mødre. En multifaktoriell modell for å forstå utviklingsvansker hos barna. I V. Moe, K. Slinning & M. B. Hansen (red.), *Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Barton, M. L. & Robins, D. (2000). Regulatory disorders. I C. H. Zeanah Jr. (red.), *Handbook of infant mental health*. 2nd ed. (ss.311 – 325). New York: The Guilford Press.
- Bates, J. E. (1987). Temperament in infancy. I J. D. Osofsky (red.), *Handbook of infant development*. 2nd ed. (ss.1101 – 1149). New York: Wiley-Interscience Publication.
- Bates, J. E., Goodnight, J.A., Fite, J. E. & Staples, A. D. (2009). Behavior regulation as a product of temperament and environment. I S. L. Olson & A. J. Sameroff (red.), *Biopsychosocial regulatory processes in the development of childhood behavioral problems*. (ss.116 – 143). Cambridge: Cambridge University Press.
- Beckwith, L., Howard, J., Espinosa, M. & Tyler, R. (1999). Psychopathology, mother-child interaction, and infant development: Substance-abusing mothers and their offspring. *Development and Psychopathology*, 11(4), 715 – 725.
- Blandon, A. Y., Calkins, S. D., Keane, S. P. & O'Brien M. (2008). Individual differences in trajectories of emotion regulation processes: The effects of maternal depressive symptomatology and children's physiological regulation. *Developmental Psychology*, 44(4), 1110–1123.
- Boris, N. W. (2009). Parental substance abuse. I C. H. Zeanah Jr. (red.), *Handbook of infant mental health*. 3rd ed. (ss. 171 – 179). New York: The Guilford Press.

- Bornstein, M. H. & Tamis-LeMonda, C. S. (1990). Activities and interactions of mothers and their firstborn infants in the first six months of life: Covariation, stability, continuity, correspondence and prediction. *Child Development*, 61(4), 1206 – 1217.
- Bratlid, D. (2004). Forskning på barn – har vi krysset en grense eller to? *Tidsskrift for Den norske Lægeforening*, 4(124), 510 – 512.
- Bresnahan, K., Brooks, C. & Zuckerman, B. (1991). Prenatal cocaine use: Impact on infants and mothers. *Pediatric Nursing*, 17(2), 123 – 129.
- Bronson, M. (2000). *Self-regulation in early childhood: nature and nurture*. New York: The Guilford Press.
- Calkins, S. D. & Marcovitch, S. (2010). Emotion regulation and executive functioning in early development: Integrated mechanisms of control supporting adaptive functioning (ss. 37 – 57). I S. D. Calkins & M. A. Bell (red.), *Child development at the intersection of emotion and cognition*. Washington DC: American Psychological Association.
- Calkins, S. D. (1994). Origins and outcomes of individual differences in emotion regulation. I N. Fox. (red.), *The development of emotion regulation: Biological and behavioral considerations. Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59 (2-3), (ss. 53 – 72).
- Calkins, S. D. (2009). Regulatory competence and early disruptive behavior problems: The role of physiological regulation. I S. L. Olson & A. J. Sameroff (red.), *Biopsychosocial regulatory processes in the development of childhood behavioral problems*. (ss. 86 – 115). Cambridge: Cambridge University Press.
- Calkins, S. D., Smith, C. L., Gill, K. L. & Johnson, M. C. (1998). Maternal interactive style across contexts: Relations to emotional, behavioral and physiological regulation during toddlerhood. *Social Development*, 7(3), 350 – 369.
- Carr, C. E. & Bendersky, K. (2006). *Social referencing, but not temperament, is related to infant habituation*. Fremlagt på møtet for den 15. årlige internasjonale konferansen om spedbarnsstudier, 19. juni 2006, Westin Miyako, Kyoto, Japan. Lastet ned 23. April 2010 fra http://www.allacademic.com/meta/p94067_index.html
- Carta, J. J., Atwater, J. B., Greenwood, C. R., McConnell, S. R., McEvoy, M. A. & Williams, R. (2001). Effects of cumulative prenatal substance exposure and environmental risks on children's developmental trajectories. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30(3), 327 – 337.

- Chander, G. & McCaul, M. E. (2003). Co – occurring psychiatric disorders in women with addictions. *Obstetrics and Gynecology clinics of North America*, 30(3), 469 – 481.
- Cox, J. L., Holden, J. M. & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150, 782 – 786.
- Davis, E. P., Glynn, L. M., Schetter, C. D., Hobel, C., Chiciz-Demet, A. & Sandman, C. A. (2007). Prenatal exposure to maternal depression and cortisol influences infant temperament. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(6), 737 – 746.
- Dawkins, J. L., Tylden, E., Colley, N. & Evans, C. (1997). Drug abuse in pregnancy: obstetric and neonatal problems. Ten years experience. *Drug and Alcohol Review*, 16(1), 25 – 31.
- DeGangi, G. (2000). *Pediatric Disorders of Regulation in Affect and Behavior: A Therapist's Guide to Assessment and Treatment*. California: Academic Press Inc.
- DeGangi, G. A., DiPietro, J. A., Greenspan, S. I. & Porges, S. W. (1991). Psychophysiological characteristics of the regulatory disordered infant. *Infant Behavior and Development*, 14(1), 37 – 50.
- DeGangi, G. A., Sickel, R. Z., Kaplan, E. P. & Wiener, A. S. (1997). Mother-infant interactions in infants with disorders of self-regulation. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 17(1), 17 – 44.
- DeGangi, G., Porges, S. W., Sickel, R. Z. & Greenspan, S. I. (1993). Four-year follow-up of a sample of regulatory disordered infants. *Infant Mental Health Journal*, 14(4), 330 – 343.
- DeGangi, G., Possion, S., Sickel, R. Z. & Wiener, A. S. (1995). *Infant-Toddler Symptom Checklist A screening tool for parents*. Tucson: Therapy Skill Builders.
- Derogatis, L. R., Lipmann, R. S., Rickels, K., Uhlenhuth, E. H. & Covi, L. (1974). The Hopkins Symptoms Checklist (HSCL): a self-report symptom inventory. *Behavioral Science*, 19(1), 1–15.
- Diego, M. A., Field, T., Hernandez-Reif, M., Schanberg, S., Kuhn, C. & Gonzales-Quintero, V. H. (2009). Prenatal depression restricts fetal growth. *Early Human Development*, 85(1), 65 – 70.
- DiPietro, J. A., Hodgson, D. M., Costigan, K. A. & Johnsen, T. R. B. (1996). Fetal antecedents of infant temperament. *Child Development*, 67(5), 2568 – 2583.

- Dix, T. & Meunier, L. N. (2009). Depressive symptoms and parenting competence: An analysis of 13 regulatory processes. *Developmental Review*, 29(1), 45 – 68.
- Dunn, W. (2004). A sensory processing approach to supporting infant-caregiver relationships. I A. J. Sameroff, S. C. McDonough & K. L. Rosenblum (red.), *Treating parent-infant relationship problems. Strategies for intervention*. (ss. 152 – 187). New York: Guilford Publications.
- Eberhard-Gran, M. & Slinning, K. (2007). *Nedstemthet og depresjon i forbindelse med fødsel*. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Egidius, H. (2000): *Psykologisk leksikon*. Aschehoug, Oslo.
- Eiden, R. D., Foote, A. & Schuetze, P. (2007). Maternal cocaine use and caregiving status: Group differences in caregiver and infant risk variables. *Addictive Behaviors*, 32(3), 465 – 476.
- Eiden, R. D., McAuliffe, S., Kachadourian, L., Coles, C., Colder, C. & Schuetze, P. (2009). Effects of prenatal cocaine exposure on infant reactivity and regulation. *Neurotoxicology and Teratology*, 31(1), 60 – 68.
- Espinosa, M., Beckwith, J. H., Tyler, R. & Swanson, K. (2001). Maternal psychopathology and attachments in toddlers of heavy cocaine-using mothers. *Infant Mental Health Journal*, 22(3), 316–333.
- Eyler F. D. & Behnke, M. (1999). Early development of infants exposed to drugs prenatally. *Clinics in Perinatology*, 26(1), 107 – 150.
- Field, T. (2000). Infants of depressed mothers. I S. L. Johnson, A. M. Hayes, T. M. Field, N. Schneiderman & P. M. McCabe (red.), *Stress, coping and depression*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Field, T., Diego, M. & Hernandez-Reif, M. (2009). Depressed mothers' infants are less responsive to faces and voices. *Infant Behavior and Development*, 32(3), 239 – 244.
- Field, T., Diego, M., Dieter, J., Hernandez-Reif, M., Schanberg, S., Kuhn, C., Yando, R. & Bendell, D. (2004). Prenatal depression effects on the fetus and the newborn. *Infant Behavior and Development*, 27(2), 216 – 229.
- Field, T., Diego, M., Hernandez-Reif, M., Figueiredo, B., Deeds, O., Ascencio, A., Schanberg, S. & Kuhn, C. (2008). Prenatal dopamine and neonatal behavior and biochemistry. *Infant Behavior and Development*, 31(4), 590 – 593.
- Fonagy, P. & Target, M. (2002). Early intervention and the development of self-regulation. *Psychoanalytic Inquiry*, 22(3), 307 – 335.

- Gallagher, K. C. (2002). Does child temperament moderate the influence of parenting on adjustment? *Developmental Review*, 22(4), 623 – 643.
- Goodman, S. H. & Brand, S. R. (2009). Infants of depressed mothers. Vulnerabilities, risk factors, and protective factors for the later development of psychopathology. I C. H. Zeanah Jr. (red.), *Handbook of infant mental health*. 3rd ed. (ss. 153 – 170). New York: The Guilford Press.
- Gowen, J. W., Johnson-Martin, N., Goldman, B. D. & Appelbaum, M. (1989). Feelings of depression and parenting competence of mothers of handicapped and nonhandicapped infants: longitudinal study. *American Journal of Mental Retardation*, 94(3), 259 – 271.
- Greenspan, S. (1992). *Regulatory disorders. Infancy and early childhood: The practice of clinical assessment and intervention with emotional and developmental challenges*. Madison, CT: International Universities Press.
- Greenspan, S. I. (1989). *The development of the ego: Implications for personality theory, psychopathology, and the psychotherapeutic process*. Madison, CT: International Universities Press.
- Hans, S. L. & Jeremy, R. J. (2001). Postneonatal mental and motor development of infants exposed in utero to opioid drugs. *Infant Mental Health Journal*, 22(3), 300 – 315.
- Hans, S. L., Bernstein, V. J. & Henson, L. G. (1999). The role of psychopathology in the parenting of drug-dependent women. *Development and Psychopathology*, 11(4), 957 – 977.
- Hansen, M. B. & Jacobsen, H. (2008). *Sped- og småbarn i risiko – en kunnskapsstatus*. Oslo: Regionsenter for barn og unges psykiske helse. Helseregion ØST og SØR.
- Hartwell, K. J., Tolliver, B. K. & Brady, K. T. (2009). Biologic commonalities between mental illness and addiction. *Primary Psychiatry*, 16(8), 33 – 39.
- Hedegaard, M., Henriksen, T. B., Sabroe, S. & Secher, N. J. (1993). Psychological distress in pregnancy and preterm delivery. *British Medical Journal*, 307(6898), 234 – 239.
- Hernández-Martínez, C., Arija, V., Balaguer, A., Cavallé, P. & Canals, J. (2008). Do the emotional states of pregnant women affect neonatal behavior? *Early Human Development*, 84(11), 745 – 750.
- Hoegerman, G., Wilson, C. A., Thurmond, E. & Schnoll, S. H. (1990). Drug-exposed neonates. *The Western Journal of Medicine*, 152(5), 559 – 564.

- Holme, H., Slinning, K. & Hansen, M. B. (2010). Fanger opp deprimerte. *Sykepleien*, 5, 52 – 55.
- Howard, J., Beckwith, L., Espinosa, M. & Tyler, R. (1995). Development of infants born to cocaine-abusing women: Biologic/maternal influences. *Neurotoxicology and Teratology*, 17(4), 403 – 411.
- Kassin, Z. & Greenough, A. (2005). Effects of substance abuse during pregnancy. *The Journal of the Royal Society for the Promotion of Health*, 125(5), 212 - 214.
- Kern, J. K., West, E. Y., Grannemann, B. D., Greer, T. L., Snell, L. M., Cline, L. L., vanBeveren, T. T., Heartwell, S. F., Kleiber, B. A. & Trivedi, M. H. (2004). Reductions in stress and depressive symptoms in mothers of substance-exposed infants, participating in a psychosocial program. *Maternal and Child Health Journal*, 8(3), 127 – 136.
- Kokkevi, A., Stefanis, N., Anastasopoulou, E. & Kostogianni, C. (1998). Personality disorders in drugabusers: Prevalence and their association with Axis I disorders as prediction of treatment retention. *Addictive Behavior*, 23(6), 841 – 853.
- Kopp, C. B. (1997). Young children: Emotion management, instrumental control, and plans. I S. Friedman & E. K. Scholnick (red.), *The developmental psychology of planning: Why, how, and when do we plan?* (ss. 103–124). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Landry, S. H. & Whitney, J. A. (1996). The impact of prenatal cocaine exposure: Studies of the developing infant. *Seminars in Perinatology*, 20(2), 99 – 106.
- Lauritzen, G. & Ravndal, E. (2004). Introduction of the EuropASI in Norway: Clinical and research experiences from a cost-effectiveness study. *Journal of Substance Use*, 9(3), 141 – 146.
- Leigh, B. & Milgrom, J. (2008). Risk factors for antenatal depression, postnatal depression and parenting stress. *BMC Psychiatry*, 8(24), doi: 10.118.
- Lester, B. M. & Tronick, E. Z. (1994). The effects of prenatal cocaine exposure and child outcome. *Infant Mental Health Journal*, 15(2), 107 – 120.
- Lester, B. M., Boukydis, C. F. Z., Garcia-Coll, C. T., Hole, W. & Peucker, M. (1992). Infantile colic: Acoustic cry characteristics, maternal perception of cry, and temperament. *Infant Behavior and Development*, 15(1), 15 – 26.

- Lester, B. M., Boukydis, Z. C. F. & Twomey, J. E. (2000) Maternal substance abuse and child outcome. I C. H. Zeanah Jr. (red.), *Handbook of infant mental health*, 2nd ed. (ss. 161 – 175). New York: Guilford Press.
- Li, Z., Coles, C. S., Lynch, M. E., Hamann, S., Peltier, S., LaConte, S. & Hu, X. (2009). Prenatal cocaine exposure alters emotional arousal regulation and its effects on working memory. *Neurotoxicology and Teratology*, 31(6), 342 – 348.
- Loyd, B. H. & Abidin, R. R. (1985). Revision of the parenting stress index. *Journal of Pediatric Psychology*, 10(2), 169 – 177.
- Lyons-Ruth, K. & Zeanah, C. H. (1993). The family context of infant mental health: I. Affective development in the primary caregiving relationship. I C. H. Zeanah Jr. (red.), *Handbook of infant mental health*. (ss. 14 – 37). New York: Guilford.
- Maccoby, E. E. (1992). The role of parents in socialization of children: An historical overview. *Developmental Psychology*, 28(6), 1006 – 1017.
- MacKenzie, M. J. & McDonough, S. C. (2009). Transactions between perception and reality: Maternal beliefs and infant regulatory behavior. I A. Sameroff (red.), *The transactional model of development. How children and contexts shape each other*. (ss. 35 – 54). Washington, DC: American Psychological Association.
- Mathiesen, K. S. & Prior, M. (2006). The impact of temperament factors and family functioning on resilience processes from infancy to school age. *European Journal of Developmental Psychology*, 3(4), 357 – 387.
- Mayes, L. C., Bornstein, M. H., Chawarska, K., Haynes, O. M. & Granger, R. H. (1996). Impaired regulation of arousal in 3-month-old infants exposed prenatally to cocaine and other drugs. *Development and Psychopathology*, 8(1), 29 – 42.
- Mayes, L., Bornstein, M., Chawarska, K. & Granger, R. (1995). Information processing and developmental assessments in 3-month-old infants exposed prenatally to cocaine. *Pediatrics*, 95(4), 539 – 545.
- McLellan, A. T., Kushner, H., Metzger, D., Peters, R., Smith, I., Grissom, G., Pettinati, H. & Argeriou, M. (1992). The fifth edition of the addiction severity index. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 9(3), 199 – 213.
- Miller, A. L., McDonough, S. C., Rosenblum, K. L. & Sameroff, A. J. (2002). Emotion regulation in context: Situational effects on infant and caregiver behavior. *Infancy*, 3(4), 403 – 433.

- Millon, T., Millon, C., Davis, R. & Grossman, Z. (1997). MCMI – III. *Millon Clinical Multiaxial Inventory – III: Manual (3rd ed.)*. NCS: Pearson Inc.
- Moe, V. & Slinning, K. (2001). Children prenatally exposed to substances: Gender-related differences in outcome from infancy to 3 years of age. *Infant Mental Health Journal*, 22(3), 334 – 350.
- Moe, V. & Slinning, K. (2002). Prenatal drug exposure and the conceptualization of long-term effects. *Scandinavian Journal of Psychology*, 43(1), 41 – 47.
- Moe, V. & Smith, L. (2003). The relation of prenatal substance exposure and infant recognition memory to later cognitive competence. *Infant Behavior and Development*, 26(1), 87 – 99.
- Moe, V., Siqueland, T. & Slinning, K. (under publisering). Barn av foreldre med rusproblemer og psykiske vansker. I V. Moe, K. Slinning & M. B. Hansen (red.), *Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Morrell, J. C., Slade, P., Warner, R., Paley, G., Dixon, S., Walters, S. J., Brugha, T., Barkham, M., Parry, G. J. & Nicholl, J. (2009). Clinical effectiveness of health visitor training in psychologically informed approaches for depression in postnatal women: pragmatic clusterrandomised trial in primary care. *BMJ*, 338:a3045.
- Nair, P., Schuler, M. E., Black, M. M., Kettinger, L. & Harrington, D. (2003). Cumulative environmental risk in substance abusing women: early intervention, parenting stress, child abuse potential and child development. *Child Abuse and Neglect*, 27(9), 997 – 1017.
- Olafsen, K. S. (2008). *Precursors of regulatory competence in term and preterm infants. The influence of a sensitizing intervention on temperament and social communication during the first year of life*. Tromsø: Center for Child and Adolescent Mental Health, Institute of Clinical Medicine, Faculty of Medicine, University of Tromsø.
- Olafsen, K. S. (under publisering). Temperament i den tidlige utviklingen. I V. Moe, K. Slinning & M. B. Hansen (red.), *Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Pagel, M. D., Smilkstein, G., Regen, H. & Montano, D. (1990). Psychosocial influences on newborn outcome: a controlled prospective study. *Social Science & Medicine*, 30(5), 597 – 604.

- Papoušek, H. & Papoušek, M. (1987). Intuitive parenting: A dialectic counterpart to the infant's integrative competence. I J. D. Osofsky (red.), *Handbook of infant development*, 2nd ed. (ss. 669 – 720). New York: Wiley.
- Papoušek, M. & von Hofacker, N. (2008). Clinging, romping, throwing tantrums: Disorders of behavioral and emotional regulation in older infants and toddlers. I M. Papoušek, M. Schieche & H. Wurmser (red.), *Disorders of behavioral and emotional regulation in the first years of life. Early risks and intervention in the developing parent-infant relationship*. (ss. 169 – 199). Washington DC: Zero to Three.
- Papoušek, M. (2008). Disorders of behavioral and emotional regulation: Clinical evidence for a new diagnostic concept. I M. Papoušek, M. Schieche & H. Wurmser (red.), *Disorders of behavioral and emotional regulation in the first years of life. Early risks and intervention in the developing parent-infant relationship*. (ss. 54 – 84). Washington DC: Zero to Three.
- Perat, M. V. (1993). The optimality concept and its clinical value. *Early Human Development*, 34(1-2), 133 – 141.
- Prechtl, H. F. R. (1980): The optimality concept. *Early Human Development*, 4(3), 201 – 205.
- Resch, F. (2008). Developmental psychopathology in early childhood: Interdisciplinary challenges. I M. Papoušek, M. Schieche & H. Wurmser (red.), *Disorders of behavioral and emotional regulation in the first years of life. Early risks and intervention in the developing parent-infant relationship*. (ss. 117 – 140). Washington DC: Zero to Three.
- Richardson, G. A., Goldschmidt, L. & Willford, J. (2008). The effects of prenatal cocaine use on infant development. *Neurotoxicology and Teratology*, 30(2), 96 – 106.
- Richardson, G. A., Goldschmidt, L. & Willford, J. (2009). Continued effects of prenatal cocaine use: Preschool development. *Neurotoxicology and Teratology*, 31(6), 325 – 333.
- Rickard, K. M., Forehand, R., Wells, K. C., Griest, D., L. & McMahon, R. J. (1981). A comparison of mothers of clinic-referred deviant, clinic-referred non-deviant, and non-clinic children. *Behavior Research and Therapy*, 19(3), 201 – 205.
- Rivkin, M J., Davis, P. E., Lemaster, J. L., Cabral, H. J., Warfield, S. K., Judd, L. L. & Goodwin, F. K. (2008). Volumetric MRI study of brain in children with intrauterine exposure to cocaine, alcohol, tobacco, and marijuana. *Pediatrics*, 121(4), 741 – 750.

- Rothbart, M. K. & Bates, J. E. (1998). Temperament. I W. Damon & N. Eisenberg (red.), *Handbook of child psychology, Vol. 3: Social, emotional, and personality development*, 5th ed. (ss. 105 – 176). New York: John Wiley and Sons.
- Rothbart, M. K. & Bates, J. E. (2006). Temperament. I W. Damon, R. M. Lerner & N. Eisenberg (red.), *Handbook of child psychology, Vol. 3: Social, emotional, and personality development*, 6th ed. (ss. 99 – 166). New York: John Wiley and Sons.
- Rothbart, M. K. & Derryberry, D. (1981). Development of individual differences in temperament. I M. E. Lamb & A. Brown. (red.), *Advances in developmental psychology, Vol. 1*. (ss. 37 – 86). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Rothbart, M. K. & Gartstein, M. A. (2008). Temperament. I M. Haith & J. Benson (red.), *Encyclopedia of Infant and Early Childhood Development*. (ss. 318 – 332). Oxford, England: Elsevier.
- Rothbart, M. K. (2007). Temperament, development, and personality. *Current Directions in Psychological Science*, 16(4), 207 – 212.
- Rothbart, M. K., Ahadi, S. A. & Hershey, K. L. (1994). Temperament and social behavior in childhood. *Journal of Developmental Psychology*. 40(1), 21 – 39.
- Rowe, D. C. & Plomin, R. (1977). Temperament in early childhood. *Journal of Personality Assessment*, 41(2), 150 – 156.
- Saisto, T., Salmela-aaro, K., Nurmi, J-E. & Halmesmaki, E. (2008). Longitudinal study on the predictors of parental stress in mothers and fathers of toddlers. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 29(3), 219 – 228.
- Salisbury, A. L., Lester, B. M., Seifer, R., LaGasse, L., Bauer, C. R., Shankaran, S., Bada, H., Wright, L., Liu, J. & Poole, K. (2007). Prenatal cocaine use and maternal depression: Effects on infant neurobehavior. *Neurotoxicology and Teratology*, 29(3), 331 – 340.
- Sameroff, A. (2000). Ecological perspectives on developmental risk. I J. D. Osofsky & H. E. Fitzgerald (red.), *WAIMH Handbook of Infant Mental Health. Volume Four. Infant Mental Health in Groups at High Risk*. (ss. 3 – 33). New York: Wiley.
- Sameroff, A. (2009a). The transactional model. I A. Sameroff (red.), *The transactional model of development. How children and contexts shape each other*. (ss. 3 – 21). Washington, DC: American Psychological Association.
- Sameroff, A. J. & Fiese, B. H. (2000) Models of development and developmental risk. I C. H. Zeanah Jr. (red.), *Handbook of infant mental health*. 2nd ed. (ss. 3 – 19). New York: The Guilford Press.

- Sameroff, A. J. (2009b). Conceptual issues in studying the development of self-regulation. I S. L. Olson & A. J. Sameroff (red.), *Biopsychosocial regulatory processes in the development of childhood behavioral problems*. (ss. 1 – 18). Cambridge: Cambridge University Press.
- Schieche, M., Rupprecht, C. & Papoušek, M. (2008). Sleep disorders: Current results and clinical experience. I M. Papoušek, M. Schieche & H. Wurmser (red.), *Disorders of behavioral and emotional regulation in the first years of life. Early risks and intervention in the developing parent-infant relationship*. (ss. 117 – 140). Washington DC: Zero to Three.
- Secco, M. L. & Moffatt, M. E. K. (2003). Situational, maternal, and infant influences on parenting stress among adolescent mothers. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 26(2), 103 – 122.
- Seifer, R. & Dickstein, S. (2000). Parental mental illness and infant development. I C. H. Zeanah Jr. (red.), *Handbook of infant mental health*. 2nd ed. (ss. 145 – 160). New York: The Guilford Press.
- Shankaran, S., Lester, B. M., Das, A., Bauer, C. R., Laqasse, L. & Higgins, R. (2007). Impact of maternal substance abuse during pregnancy on childhood outcome. *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine*, 12(2), 143 – 150.
- Sheinkopf, S. J., Lester, B. M., LaGasse, L. L., Seifer, R., Bauer, C. R., Shankaran, S., Bada, H., Poole, W. K. & Wright, L. (2006). Interactions between maternal characteristics and neonatal behavior in the prediction of parenting stress and perception of infant temperament. *Journal of Pediatric Psychology*, 31(1), 27 – 40.
- Silver, E. J., Bauman, L. J. & Weiss, E. S. (1999). Perceived role restriction and depressive symptoms in mothers of children with chronic health conditions. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 20(5), 362 – 369.
- Singer, L. T., Minnes, S., Short, E., Arendt, R., Farkas, K., Lewis, B., Klein, N., Russ, S., Min, M. O. & Kirchner, H. L. (2004). Cognitive outcomes of preschool children with prenatal cocaine exposure. *The Journal of the American Medical Association*, 291(20), 2448 – 2456.
- Slinning, K. & Eberhard-Gran, M. (under publisering). Psykisk helse i forbindelse med svangerskap og fødsel. I V. Moe, K. Slinning & M. B. Hansen (red.), *Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Slinning, K. & Moe, V. (2007). Forskning i klinikk – Langtidsoppfølging av spedbarn som har vært eksponert for rusmidler i fosterlivet. *Norges Barnevern*. (Spesialnummer i anledning Aline Spedbarnssenters 100 års jubileum).
- Slinning, K. (2003). *A prospective, longitudinal study of children prenatally exposed to substances: With special emphasis on attention and self-regulation*. Oslo: Department of Psychology, UiO, Aline Clinic for infants and families, Oslo municipal child and family welfare service.
- Smith, L. & Ulvund, S. E. (1999). *Spedbarnsalderen. Revidert og utvidet utgave*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Speranza, A. M., Ammaniti, M. & Trentini, C. (2006). An overview of maternal depression, infant reactions and intervention programmes. *Clinical Neuropsychiatry*, 3(1), 57 – 68.
- Statistisk sentralbyrå (2010). 04432: *Symptomer på helseproblemer og medisinbruk, etter symptomer, kjønn, alder, tid og statistikkvariabel*. Lastet ned 25. mars 2010 fra http://statbank.ssb.no/statistikkbanken/Default_FR.asp?PXSid=0&nvl=true&PLanguage=0&tilside=selecttable/hovedtabellHjem.asp&KortnavnWeb=helseforhold
- Stifter, C. A. & Braungart, J. M. (1995). The regulation of negative reactivity in infancy: Function and development. *Developmental Psychology*, 31(3), 448 – 455.
- Suchman, N. E., Slade, A., McMahon, T. J. & Luthar, S. S. (2005). How early bonding, depression, illicit drug use and perceived support work together to influence drug-dependent mothers' caregiving. *American Journal of Orthopsychiatry*, 75(3), 431 – 445.
- Teti, D. M. & Gelfand, D. M. (1991). Behavioral competence among mothers of infants in the first year: the meditational role of maternal self-efficacy. *Child Development*, 62(5), 918 – 929.
- Thomas, A. & Chess, S. (1977). *Temperament and Development*. New York: Brunner / Mazel.
- Thomas, A. & Chess, S. (1980). *The Dynamics of Psychological Development*. New York: Brunner / Mazel.

- Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of a definition. I N. A. Fox (red.), *Emotion regulation: Behavioral and biological considerations. Monographs of the Society for Research in Child Development* (Nr. 2 – 3, Serie nr. 240), (ss. 53 – 72).
- Tronick, E. & Reck, C. (2009). Infants of depressed mothers. *Harvard Review of Psychiatry*, 17(2), 145 – 156.
- Tronick, E. Z. & Beeghly, M. (1999). Prenatal cocaine exposure, child development, and the compromising effects of cumulative risk. *Clinics in Perinatology*, 26(1), 151 – 171.
- Tronick, E. Z. & Weinberg, K. (1997). Depressed mothers and infants: Failure to form dyadic states of consciousness. I L. Murray & P. Cooper (red.), *Postpartum depression and child development*. (ss. 54 – 81). New York: Guilford Press.
- Tronick, E. Z. (1989). Emotions and emotional communication in infants. *American Psychologist*, 44(2), 112 – 119.
- van Baar, A. L., Soepatoni, S., Gunning, W. B. & Akkerhuis, G. W. (1994). Development after prenatal exposure to cocaine, heroin and methadone. *Acta Paediatrica*, 404, 40 – 46.
- van Baar, A. & Graaff, B. M. (1994). Cognitive development at preschool-age of infants of drug-dependent mothers. *Developmental medicine and child neurology*, 36(12), 1063 – 1075.
- van Doesum, K. T., Hosman, C. M., Riksen-Walraven, J. M. & Hoefnagels, C. (2007). Correlates of depressed mothers' sensitivity towards their infants: the role of maternal, child, and contextual characteristics. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(6), 747 – 756.
- Walhovd, K. B., Moe, V., Slinning, K., Due-Tønnesen, P., Bjørnerud, A., Dale, A. M., Kouwee, A. D., Quinn, B. T., Kosofsky, B., Greve, D. & Fischer, B. (2007). Volumetric cerebral characteristics of children exposed to opiates and other substances in utero. *Neuroimage*, 36(4), 1331 – 1344.
- Walhovd, K. B., Moe, V., Slinning, K., Siqueland, T., Fjell, A. M., Bjørnebekk, A. & Smith, L. (2009). Effects of prenatal opiate exposure on brain development – a call for attention. *Nature Reviews Neuroscience*, 10(4), 390.

- Walhovd, K. B., Westlye, L. T., Moe, V., Slinning, K., Due-Tønnesen, P., Bjørnerud, A., van der Kouwe, A., Dale, A. M. & Fjell, A. M. (2010). White matter characteristics and cognition in prenatally opiate- and polysubstance-exposed children: A diffusion tensor imaging study. Elektronisk versjon, *American Journal of Neuroradiology*, 4. Mars, 2010.
- Wallander, J. L. & Venters, T. L. (1995). Perceived role restriction and adjustment of mothers of children with chronic physical disability. *Journal of Pediatric Psychology*, 20(5), 619 – 632.
- Webster-Stratton, C. (1990). Stress: A potential disruptor of parent perceptions and family interactions. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 19(4), 302 –312.
- Weiss, S. J., Jonn-Seed, M. St. & Harris-Muchell, C. (2007). The contribution of fetal drug exposure to temperament: potential teratogenic effects on neuropsychiatric risk. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(8), 773 – 784.
- Whiffen, V. E. & Gotlib, I. H. (1989). Infants of postpartum depressed mothers: Temperament and cognitive status. *Journal of Abnormal Psychology*, 98(3), 274 – 279.
- Wickberg, B. & Hwang, P. (1996). Counselling of postnatal depression: a controlled study on a population based Swedish sample. *Journal of Affective Disorders*, 39(3), 209 – 216.
- Williford, A. P., Calkins, S. D. & Keane, S. P. (2007). Predicting change in parenting stress across early childhood: Child and maternal factors. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35(2), 251 – 263.
- Woods, N. S., Eyler, F. D., Behnke, M. & Conlon, M. (1993). Cocaine use during pregnancy: Maternal depressive symptoms and infant neurobehavior over the first month. *Infant Behavior and Development*, 16(1), 83 – 98.
- Wurmser, H. & Papoušek, M. (2008). Facts and figures: database of the Munich interdisciplinary research and intervention program for fussy babies. I M. Papoušek, M. Schieche & H. Wurmser (red.), *Disorders of behavioral and emotional regulation in the first years of life. Early risks and intervention in the developing parent-infant relationship*. (ss. 85 – 115). Washington DC: Zero to Three.
- Zero to Three (2005). DC: 0-3R. *Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood. Revised Edition*. Washington, DC: Zero to Three Press.

- Ziegler, M., de Chuquisengo, R. W. & Papoušek, M. (2008). Excessive crying in infancy. I
M. Papoušek, M. Schieche & H. Wurmser (red.), *Disorders of behavioral and
emotional regulation in the first years of life. Early risks and intervention in the
developing parent-infant relationship*. (ss. 85 – 115). Washington DC: Zero to Three.
- Zuckerman, B., Bauchner, H., Parker, S. & Cabral, H. (1990). Maternal depressive symptoms
during pregnancy, and newborn irritability. *Developmental and Behavioral
Pediatrics*, 1(4), 190 – 194.

Vedlegg

1. Optimalitetsindeks

Tabell A

Optimalitetsindeks

(Jo flere poeng jo mer optimalt, 1 poeng per optimal rubrikk)

Europ Asi		Skåre = 1	Skåre = 0	Skåre
		Optimalt	Ikke optimalt	
B8	Innlagt i et kontrollert miljø de siste 30 dager	0	1-6	
C3	Kroniske kroppslige plager	0	1	
C7	HIV	0	1-3	
C9+ I2	Mottar trygd el sykepenger	0	Ikke0	
D1	Ant år m grunnskole/vgs	12 eller mer	Mindre enn 12	
D2	Ant år m høyere utdanning	3 eller mer	0-2	
D6	Varighet av arbeidsløshet	Mindre enn 1	Mer enn 1	
D7	Vanligste beskjeftigelse eller yrke	2-6	1	
D8	Vanligste beskjeftigelse de siste 3 år	1,2,3,4, 5,7	0,6,8,9,N	
D18	Inntektskilde de siste 30 dager	10,11	12,13, 14,15, 16,17,18, 19,20	
E1a	Alkohol regelmessig debut	0	Ikke0	
E1c	Alkohol regelmessig siste 6mnd	0	Ikke0	
E2a	Alkohol beruselse debut	0	Ikke0	
E2c	Alkohol beruselse siste 6 mnd	0	Ikke0	
E3a	Heroin debut	0	Ikke0	
E3c	Heroin de siste 6mnd	0	Ikke0	
E4a	Metadon debut	0	Ikke0	
E4c	Metadon de siste 6 mnd	0	Ikke0	
E5a	Andre opiater, smertestillende preparater debut	0	Ikke0	
E5c	Andre opiater, smertestillende preparater siste 6 mnd	0	Ikke0	
E6a	Dempende medisiner debut	0	Ikke0	
E6c	Dempende medisiner siste 6 mnd	0	Ikke0	
E7a	Kokain debut	0	Ikke0	
E7c	Kokain siste 6 mnd	0	Ikke0	
E8a	Amfetaminer debut	0	Ikke0	
E8c	Amfetaminer siste 6 mnd	0	Ikke0	
E9a	Cannabis debut	0	Ikke0	
E9c	Cannabis siste 6 mnd	0	Ikke0	
E10a	Hallusinogener debut	0	Ikke0	
E10c	Hallusinogener siste 6 mnd	0	Ikke0	
E11a	Sniffestoffer debut	0	Ikke0	
E11c	Sniffestoffer siste 6 mnd	0	Ikke0	

E12a	Andre debut	0	Ikke0	
E12c	Andre siste 6 mnd	0	Ikke0	
E13a	Flere rusmidler/medikamenter per dag debut	0	Ikke0	
E13c	Flere rusmidler/medikamenter per dag siste 6 mnd	0	Ikke0	
E15a	Alkoholutløst delirium tremens	0	Ikke0	
E15b	Overdose med stoff/medikamenter	0	Ikke0	
F12	Varetekt eller fengsel	0	Mer enn 0	
H3	Tilfredshet med sivilstand	2	0,1	
H4	Vanligste bosit siste 3 år	1,2,4,5,6,7	3,8,9	
H6	Tilfredshet med bosit	2	0,1	
H6a	Samboer med problemer alkohol	0	1	
H6b	Samboer med problemer med narkotiske stoffer/medikamenter	0	1	
H7	Mest sammen med på fritiden	1,3	2,4,5	
H9	Nære venner	Ikke 0	0	
H9a	Nært og godt forhold til mor	1	0,X,N	
H9b	Nært og godt forhold til far	1	0,X,N	
H9c	Nært og godt forhold til søsken	1,N	0,X	
H9d	Nært og godt forhold til kjæreste/ektefelle	1	0,X,N	
H10 (a+b)	Opplevd store problemer over tid i forhold til mor	0	1	
H11 (a+b)	Opplevd store problemer over tid i forhold til far	0	1	
H13 (a+b)	Opplevd store problemer over tid i forhold til kjæreste/ektefelle	0	1	
H12,14, 15,16,17, 18	Opplevd lengre store problemer over tid i fht; søsken, egne barn, annen viktig familie, nære venner, naboer, arbeidskolleger	0	Ikke 0	
H18a	Har noen av disse pers mishandlet deg følelsesmessig	0	1	
H18b	Har noen av disse pers mishandlet deg fysisk	0	1	
H18c	Har noen av disse pers mishandlet deg seksuelt	0	1	
I1a	Innleggelse	0	Ikke0	
I1b	Poliklinisk behandling (psykisk)	0	Ikke0	
I3	Depresjon	0	1	
I4 (a+b)	Angst eller anspenhet	0	1	
I5 (a+b)	Vansker med å forstå, konsentrere seg eller huske	0	1	
I6 (a+b)	Hallusinasjoner	0	1	
I7 (a+b)	Vansker med å kontrollere voldelig atferd	0	1	
I8 (a+b)	Foreskrevet medisiner for psykiske problem	0	1	
I9 (a+b)	Selv mordstanker	0	1	
I10a	Selv mordsforsøk	0	Ikke0	

TilleggsASI		Skåre =1	Skåre = 0	Skåre
		Optimalt	Ikke optimalt	
G3	Tidligere barn man ikke har daglig omsorg for	N,	1-7	
G6	Spesielle problemer i grunnskolen	0	1	
G7a	Oppvekstfamilie kontakt med barnevernet	0	1	
H28a	Opplevelse av kjæreste/samboer/ektefelle som støtteperson i ny rolle som mor	1	0, N	
H28c	Opplevelse av mor som støtteperson i ny rolle som mor	1	0,N	
H28d	Opplevelse av far som støtteperson i ny rolle som mor	1	0,N	
H28 e-k	Opplevelse av svigermor, svigerfar, egne eldre barn, søsken, gode venner av samme kjønn, andre venner, andre personer som støtteperson i ny rolle som mor	1	Ingen 1	
J6	Kontakt med barnevern	0	1	

Rapportskjema for gravide		Skåre = 1	Skåre = 0	Skåre
		Optimalt	Ikke optimalt	
3c	I hvilke svangerskapsuke ble graviditet påvist	< = uke 8	> uke 8	
3e	I hvilke svangerskaps uke fikk lege eller annen oppfølgingsansvarlig vite om graviditet	< = uke 8	> uke 8	
4a	Fast partner	1	0	
4b	Er partner barnefar	1	0	
6b	Annen type nikotin i siste mnd før påvist gravitet	0	Ikke 0	
7a	Svangerskapskontroll	1	2,3,4	
8a	Sigarettrøyking i graviditet	0	Ikke 0	
9a	Bruk av alkohol siste 3 mnd før siste menstruasjon	1	2-7	
10a	Medisinske komplikasjoner under svangerskap	0	1	
11a	Innleggelse under svangerskapet	1	0	

MCMI-III		Skåre = 1	Skåre = 0	Skåre
		Optimalt	Ikke Optimalt	
		T<74	T>= 74	
1	Schizoid			
2a	Unngående			
2b	Depressiv			
3	Avhengig			
4	Histrionisk			
5	Narsissistisk			
6a	Antisosal			
6b	Aggressiv (sadistisk)			

7	Tvangsmessig (compulsive)			
8a	Passiv-aggressiv (negativistisk)			
8b	Self-defeating (på norsk?)			
S	Schizotypal			
C	Borderline			
P	Paranoid			
A	Angst lidelser			
H	Somatoforme forstyrrelser			
N	Bipolar: Manisk lidelse			
D	Dystemi			
B	Alkohol avhengighet			
T	Narkotiske avhengighet			
R	Post traumatisk stress syndrom (PTSD)			
SS	Tankeforstyrrelser			
CC	Alvorlig depresjon			
PP	Delusional disorder (norsk?)			

SCL25		Skåre = 1	Skåre = 0	Skåre
		Optimalt	Ikke optimalt	
	Sumskåre angst (siste 7 dager)	Mindre enn 18	Mer enn eller lik 18	
	Sumskåre depresjon (siste 7 dager)	Mindre enn 27	Mer enn eller lik 27	

Tabell B

Underindekser i optimalitetsindeksen

Underindeks rus

Europ Asi		Skåre = 1	Skåre = 0	Skåre
		Optimalt	Ikke optimalt	
E1a	Alkohol regelmessig debut	0	Ikke0	
E1c	Alkohol regelmessig siste 6mnd	0	Ikke0	
E2a	Alkohol beruselse debut	0	Ikke0	
E2c	Alkohol beruselse siste 6 mnd	0	Ikke0	
E3a	Heroin debut	0	Ikke0	
E3c	Heroin de siste 6mnd	0	Ikke0	
E4a	Metadon debut	0	Ikke0	
E4c	Metadon de siste 6 mnd	0	Ikke0	
E5a	Andre opiater, smertestillende preparater debut	0	Ikke0	
E5c	Andre opiater, smertestillende preparater siste 6 mnd	0	Ikke0	

E6a	Dempende medisiner debut	0	Ikke0	
E6c	Dempende medisiner siste 6 mnd	0	Ikke0	
E7a	Kokain debut	0	Ikke0	
E7c	Kokain siste 6 mnd	0	Ikke0	
E8a	Amfetaminer debut	0	Ikke0	
E8c	Amfetaminer siste 6 mnd	0	Ikke0	
E9a	Cannabis debut	0	Ikke0	
E9c	Cannabis siste 6 mnd	0	Ikke0	
E10a	Hallusinogener debut	0	Ikke0	
E10c	Hallusinogener siste 6 mnd	0	Ikke0	
E11a	Sniffestoffer debut	0	Ikke0	
E11c	Sniffestoffer siste 6 mnd	0	Ikke0	
E12a	Andre debut	0	Ikke0	
E12c	Andre siste 6 mnd	0	Ikke0	
E13a	Flere rusmidler/medikamenter per dag debut	0	Ikke0	
E13c	Flere rusmidler/medikamenter per dag siste 6 mnd	0	Ikke0	
E15a	Alkoholuløst delirium tremens	0	Ikke0	
E15b	Overdose med stoff/medikamenter	0	Ikke0	

Rapportskjema for gravide

Skåre = 1

Skåre = 0

		Optimalt	Ikke optimalt	Skåre
6b	Annen type nikotin i siste mnd før påvist gravitet	0	Ikke 0	
8a	Sigarettøyking i graviditet	0	Ikke 0	
9a	Bruk av alkohol siste 3 mnd før siste menstruasjon	1	2-7	

MCMi

		Optimalt	Ikke Optimalt	Skåre
		T<74	T>= 74	
B	Alkohol avhengighet			
T	Narkotisk avhengighet			

Total:33

Underindeks psykisk helse

Europ Asi

Skåre = 1

Skåre = 0

		Optimalt	Ikke optimalt	Skåre
I1a	Innleggelse	0	Ikke0	
I1b	Poliklinisk behandling (psykisk)	0	Ikke0	
I3	Depresjon	0	1	
I4 (a+b)	Angst eller anspenhet	0	1	
I5 (a+b)	Vansker med å forstå, konsentrere seg eller huske	0	1	

I6 (a+b)	Hallusinasjoner	0	1	
I7 (a+b)	Vansker med å kontrollere voldelig atferd	0	1	
I8 (a+b)	Foreskrevet medisiner for psykiske problem	0	1	
I9 (a+b)	Selv mordstanker	0	1	
I10a	Selv mordsforsøk	0	Ikke0	

MCMII

Skåre = 1 Skåre = 0

		Optimalt T<74	Ikke Optimalt T>= 74	Skåre
1	Schizoid			
2a	Unngående			
2b	Depressiv			
3	Avhengig			
4	Histrionisk			
5	Narsissistisk			
6a	Antisosial			
6b	Aggressiv (sadistisk)			
7	Tvangsmessig (compulsive)			
8a	Passiv-aggressiv (negativistisk)			
8b	Self-defeating (på norsk?)			
S	Schizotypal			
C	Borderline			
P	Paranoid			
A	Angst lidelser			
H	Somatoforme forstyrrelser			
N	Bipolar: Manisk lidelse			
D	Dystemi			
R	Post traumatisk stress syndrom (PTSD)			
SS	Tankeforstyrrelser			
CC	Alvorlig depresjon			
PP	Delusional disorder (norsk?)			

SCL25

		Optimalt	Ikke optimalt	Skåre
	Sumskåre angst (siste 7 dager)	Mindre enn 18	Mer enn eller lik 18	
	Sumskåre depresjon (siste 7 dager)	Mindre enn 27	Mer enn eller lik 27	

Total: 34

Underindeks sosialt nettverk

Europ Asi

		Skåre = 1	Skåre = 0	
		Optimalt	Ikke optimalt	Skåre
H3	Tilfredshet med sivilstand	2	0,1	
H4	Vanligste bosit siste 3 år	1,2,4,5,6,7	3,8,9	
H6	Tilfredshet med bosit	2	0,1	
H6a	Samboer med problemer alkohol	0	1	
H6b	Samboer med problemer med narkotiske stoffer/medikamenter	0	1	
H7	Mest sammen med på fritiden	1,3	2,4,5	
H9	Nære venner	Ikke 0	0	
H9a	Nært og godt forhold til mor	1	0,X,N	
H9b	Nært og godt forhold til far	1	0,X,N	
H9c	Nært og godt forhold til søsken	1,N	0,X	
H9d	Nært og godt forhold til kjæreste/ektefelle	1	0,X,N	

TilleggsASI

		Skåre = 1	Skåre = 0	
		Optimalt	Ikke optimalt	Skåre
H28a	Opplevelse av kjæreste/samboer/ektefelle som støtteperson i ny rolle som mor	1	0, N	
H28c	Opplevelse av mor som støtteperson i ny rolle som mor	1	0,N	
H28d	Opplevelse av far som støtteperson i ny rolle som mor	1	0,N	
H28 e-k	Opplevelse av svigermor, svigerfar, egne eldre barn, søsken, gode venner av samme kjønn, andre venner, andre personer som støtteperson i ny rolle som mor	1	Ingen 1	
J6	Kontakt med barnevern	0	1	

Rapportskjema for gravide

		Optimalt	Ikke optimalt	Skåre
4a	Fast partner	1	0	
4b	Er partner barnefar?	1	0	

Total: 18

Underindeks oppvekst/ relasjonserfaringer

Europ Asi		Skåre = 1	Skåre = 0	Skåre
		Optimalt	Ikke optimalt	
H10 (a+b)	Opplevd store problemer over tid i forhold til mor	0	1	
H11 (a+b)	Opplevd store problemer over tid i forhold til far	0	1	
H13 (a+b)	Opplevd store problemer over tid i forhold til kjæreste/ektefelle	0	1	
H12,14, 15,16,17, 18	Opplevd lengre store problemer over tid i fht; søsken, egne barn, annen viktig familie, nære venner, naboer, arbeidskolleger	0	Ikke 0	
H18a	Har noen av disse pers mishandlet deg følelsesmessig	0	1	
H18b	Har noen av disse pers mishandlet deg fysisk	0	1	
H18c	Har noen av disse pers mishandlet deg seksuelt	0	1	

TilleggsASI

		Optimalt	Ikke optimalt	Skåre
G3	Tidligere barn man ikke har daglig omsorg for	N	1-7	
G6	Spesielle problemer i grunnskolen	0	1	
G7a	Oppvekstfamilie kontakt med barnevernet	0	1	

Total: 10

Underindeks sosioøkonomisk status

Europ Asi		Skåre = 1	Skåre = 0	Skåre
		Optimalt	Ikke optimalt	
C9+ I2	Mottar trygd el sykepenger	0	Ikke0	
D1	Ant år m grunnskole/vgs	12 eller mer	Mindre enn 12	
D2	Ant år m høyere utdanning	3 eller mer	0-2	
D6	Varighet av arbeidsløshet	Mindre enn 1	Mer enn 1	
D7	Vanligste beskjeftigelse eller yrke	2-6	1	
D8	Vanligste beskjeftigelse de siste 3 år	1,2,3,4, 5,7	0,6,8,9,N	
D18	Inntektskilde de siste 30 dager	10,11	12,13, 14,15, 16,17,18, 19,20	

Total: 7

3. Symptomsjekkliste for Sped- og småbarn

Symptomsjekkliste for Sped- og småbarn

Utvidet versjon

Georgia DeGangi, PhD, OTR
Susan Poisson, MA

Norsk utgave, nov. 2002
Seksjon Sped- og småbarn
Nic Waals Institutt

Kjære forelder

Vedlagt følger en liste over symptomer og problemer som er vanlige bekymringer foreldre som søker hjelp til sine barn har.

For å hjelpe oss å forstå ditt barns utvikling og fungering fra fødselen av, vil vi sette pris på om du leste nøye gjennom listen og svarte slik ved hver påstand:

- Aldri/noen ganger dersom barnet *aldri* har hatt denne vansken eller sjelden/noen ganger.
- Ja, som oftest dersom dette er en vanske han/hun opplever ofte/det meste av tiden.
- Tidligere dersom dette var et problem før men har løst seg siden.

1 av 5

Påstandene i denne listen vil hjelpe oss å forstå tidlige problem og hva som kan bidra til disse vanskene.

Vi setter pris på din tålmodighet med hensyn til å fullføre listen.

Barnets navn: Kjønn: ...gutt ...jente
 Fødselsdato: Nummer i søskenrekken:
 Forelders navn:
 Dato for utfylling:
 Telefon dagtid: Telefon kveld:

Fødsel: normal keisersnitt. Fullbåret: ... ja ... nei
 Antall svangerskapsuker:

Medisinske problem:
 Under svangerskapet: ...ja ... nei
 Etter fødselen: ... ja ... nei

Hvis ja, vennligst beskriv:

.....

Barnet mates nå med ... flaske ...bryst
 Høyeste avsluttede utdanning, mor:
 Høyeste avsluttede utdanning, far:

1. Selvregulering:

- A. Er ofte irritabel, sutrete
- B. Skifter fort fra sutring til intens gråt
- C. Kan ikke roe seg med smokk, undersøke leker, leke eller høre på omsorgsgiver.
- D. Ikke i stand til å vente på mat eller en leke uten å bli oppløst.
- E. Kan ikke gå fra en aktivitet til en annen uten å bli stresset.
- F. Må forberedes på forhånd flere ganger før forandringer skal skje.
- G. Krever konstant voksenkontakt.
- H. Raserianfall (alvorlig og ofte)
- I. Tid som går med for å roe barnet pr dag (strek under én)
- 15-30 min. 1-2 timer 3 timer +

Aldri eller noen ganger	Ja, som oftest	Tidligere

A. Lett å forstyrre, uoppmerksom (for barn over 1 år)

B. Faller ut av en aktivitet, vanskelig å engasjere igjen.

C. Klarer ikke så lett å skifte oppmerksomhet fra en aktivitet til en annen (barn over 9 mnd)

3. Søvn

A. Våkner tre eller flere ganger i løpet av natten og klarer ikke å sovne igjen

B. Krever mye hjelp for å sovne: vugging, lang trilletur, stryke over håret, bilkjøring, annet:

4. Spising eller mating

A. Spiser bare myk mat (for barn over 9 mnd)

B. Krever spesiell mat/drikke (for barn over 1 år)

C. Sikler svært mye, etter at tennene har kommet.

D. Setter i halsen eller kaster opp

E. For urolig til å bli sittende under måltidet

5. Påkleding, bading, berøring

A. Vil ikke ha på seg tøy. (spedbarn mest tilfreds med bare en bleie eller naken)

B. Foretrekker spesielle klær, klager over at noen plagg er for stramme eller klør.

C. Liker mange lag med tøy (barn under 19 mnd)

D. Virker plaget ved vask av ansikt eller hår.

E. Vegrer seg mot å bli kost med, trekker seg tilbake eller vrir seg vekk.

F. Dultur bort i personer eller ting (for barn over 19 mnd)

G. Misliker bilsete (for barn over 1 år)

H. Gir ikke utrykk for smerte når det slår seg, dulter bort i ting eller når legen setter sprøyte.

1: Protesterer mot å bli lagt i visse stillinger, som på mage eller rygg

J: Unngår å berøre visse ting, få hendene skitnet til (barn over 9 mnd)

K. Misliker sterkt å bli kledd av (for barn over 9 mnd)

[illegible]

A. Er i konstant bevægelse, rugger, løber rundt, klarer ikke sitte stille med en aktivitet

B. Krabbet ikke før hun/han begynte å gå (for barn over 18 mnd)

C. Redd for husker, karuseller og å bli kastet i luften.

D. Vil gjerne bli gynget og kastet opp i luften
(for barn over 18 mnd)

E. Klønete, faller, dårlig balanse, skumper bort
i ting (for barn over 1 år)

7. Oppfattelse, språk og lyder

A. Skvetter/blir oppskaket av høye lyder, f.eks støvsuger, dørklokke eller bjeffing.

B. Blir distrahert av lyder som folk vanligvis ikke legger merke til.

C. Svarer ikke når han/hun blir snakket til (ingen hørselsvansker).

D. Ingen eller veldig lite ordbruk eller babling

E. Gjentar eller hermer ord, uttrykk eller setninger (for barn over 18 mnd)

F. Ekstrem gjentakelse av kjente ord eller uttrykk. (for barn over 2 år)

8. Syn

A. Følsom for skarpt lys, gråter eller lukker øynene

B. Blir oppspilt i travle, støyende folkemengder
f.eks. supermarkeder, restauranter (for barn
over 1 år)

[illegible]

A. Unngår øyekontakt, snur seg bort fra ansikter, foretrekker ting og leker (for barn over 9 mnd)

C. Tar ikke selv initiativ til samhandling med omsorgsgiver. Forelder må alltid ta initiativ til å få kontakt. (for barn over 9 mnd)

E. Ingen rollelek/imitasjon som forventet i fht alder (for barn over 18 mnd)

G. Har vanskelig for å bli atskilt fra foreldre, barnehage eller barnevakt.

H. Går til hvem som helst, også fremmede (for barn over 2 år)

I: Leker ikke med andre barn, trekker seg tilbake eller blir aggressiv (for barn over 18 mnd)

K. Virker engstelig eller redd for nye situasjoner og mennesker (for barn over 1 år)

L. Blir svært opphengt i skremmende eller traumatisk hendelse (for barn over 18 mnd)

M: Skader seg selv (for barn over 2 år)

N: Må ha full kontroll over omgivelsene –
"styrer showet"

O: Alle har problem med å forstå barnets signaler eller følelser

[illegible]

ikke bekymret litt bekymret middels bekymret meget bekymret

4. Spørreskjema om barnets temperament

Barnets navn Barnets alder
Fyllt ut av mor/far. Dato for utfylling .../.../...

SPØRRESKJEMA OM TEMPERAMENT

Vær snill å svare på utsagnene nedenfor ved å sette en ring rundt ett av tallene ved hvert utsagn. Prøv å svare så ærlig som mulig - det er ingen riktige eller gale svar. Vennligst kontroller at du besvarer samtlige 29 utsagn.

		Hvor mye er barnet ditt slik?				svært mye
		slett ikke	1	2	3	
1. Barnet er ofte sky	1	2	3	4	5	
2. Barnet gråter lett	1	2	3	4	5	
3. Barnet er alltid på farten	1	2	3	4	5	
4. Barnet er utholdende med en oppgave til han/hun lykkes	1	2	3	4	5	
5. Barnet gir lett opp når han/hun møter vanskeligheter	1	2	3	4	5	
6. Barnet misliker til stadighet mange slags mat	1	2	3	4	5	
7. Barnet roer seg fort ned når han/hun blir uroet av noe uventet .	1	2	3	4	5	
8. Barnet skifter raskt fra aktivitet til aktivitet	1	2	3	4	5	
9. Barnet viser lett følelser	1	2	3	4	5	
10. Når barnet beveger seg omkring, skjer dette gjerne langsomt ..	1	2	3	4	5	
11. Barnet får lett venner	1	2	3	4	5	
12. Når barnet begynner å gråte, kan han/hun lett avledes	1	2	3	4	5	
13. Når barnet bestemmer seg for ikke å like noe, er det umulig å få ham/henne til å like det	1	2	3	4	5	
14. Barnet er på farten så snart han/hun våkner om morgenen ...	1	2	3	4	5	
15. Barnet stopper å gråte når han/hun blir snakket til	1	2	3	4	5	
16. Barnet gir opp ganske raskt overfor en vanskelig oppgave	1	2	3	4	5	
17. Barnet spiser sjelden ny mat uten å furte	1	2	3	4	5	
18. Barnet er svært sosial av seg	1	2	3	4	5	
19. Barnet er svært energisk	2	3	4	5		
20. Barnet konsentrerer seg om en enkelt aktivitet lenge ad gangen	1	2	3	4	5	
21. Barnet tåler godt å bli skuffet	1	2	3	4	5	
22. Barnet bruker lang tid på å bli fortrolig med fremmede .	1	2	3	4	5	
23. Barnet blir fort urolig	1	2	3	4	5	
24. Barnet gir sterkt uttrykk for hva han/hun liker og misliker av mat	1	2	3	4	5	
25. Barnet stopper å furte så snart noen snakker til ham/henne ...	1	2	3	4	5	
26. Barnet foretrekker stille, rolige lekesituasjoner fremfor mer aktive	1	2	3	4	5	
27. Barnet reagerer intenst når han/hun blir uroet	1	2	3	4	5	
28. Barnet lager grimaser til ny mat	1	2	3	4	5	
29. Barnet er svært vennlig overfor fremmede	1	2	3	4	5	